RESUMEN

ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y EL AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES

por

Patricio Alejandro Ordoñez

Consejera: Nilde Itín de Lust

RESUMEN DE TESIS DE GRADO

Universidad Adventista del Plata

Facultad de Humanidades, Educación y Ciencias Sociales

Título: ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y EL AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES

Nombre del investigador: Patricio Alejandro Ordoñez

Nombre y título de la consejera: Nilde Itín de Lust, Magister en Educación

Fecha de terminación:

Problema

El presente estudio pretende investigar si existe una asociación entre el peso, evaluado a partir del Índice de masa corporal y el Autoconcepto en los adolescentes.

Método

Para recabar los datos, se utilizaron: el cuestionario de Autoconcepto, adaptado por María Casullo (1990) y el Índice de masa corporal.

Estos instrumentos fueron administrados a 153 adolescentes de la ciudad de Morón, provincia de Buenos Aires.

Se realizaron análisis de frecuencias, comparaciones de medias, desvíos, gráficos de perfiles para evaluar el Autoconcepto en general y en sus dimensiones, comparando las respuestas según el sexo, en relación a los factores de estatus intelectual,

comportamiento, imagen corporal, ansiedad, popularidad, bienestar y satisfacción. En segundo lugar, se evaluó a través de un análisis de chi cuadrado la posible asociación entre el Índice de masa corporal y el Autoconcepto. En tercer lugar, se indagó también a partir de un análisis de chi cuadrado sobre la relación entre cada una de las subescalas del Autoconcepto y el Índice de masa corporal y en cuarto lugar, se propuso identificar el Índice de masa corporal (IMC), en general y en comparación según el sexo, en los adolescentes.

Resultados

No se encontró una asociación significativa, desde el punto de vista estadístico, entre el Índice de masa corporal y el Autoconcepto en general, aunque se observó una relación significativa en la subescala ansiedad, obteniendo mayor puntaje las mujeres.

Conclusiones

Las cinco conclusiones más importantes a las cuales se arribó, después del trabajo de campo realizado y el resultado estadístico derivado del mismo, son las siguientes:

1. El grupo femenino tiene una Imagen corporal más baja que los varones.
2. Las adolescentes presentan un grado de ansiedad significativamente mayor que el de los varones.
3. Los varones están más satisfechos con su forma de vida que las mujeres.
4. De acuerdo a los análisis estadísticos realizados existe una diferencia significativa en el Índice de masa corporal según la edad, a mayor edad, mayor el Índice de masa corporal.

5. No existe asociación entre el Índice de masa corporal y el Autoconcepto de los adolescentes en general y tampoco según el sexo.

Universidad Adventista del Plata

Facultad de Humanidades, Educación y Ciencias Sociales

ASOCIACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y EL AUTOCONCEPTO EN ADOLESCENTES

Tesis
presentada en cumplimiento parcial
de los requisitos para el título de
Licenciado en Educación Física

por

Patricio Alejandro Ordoñez

Agosto de 2009

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS…….. vi

LISTA DE TABLAS……. vii

Capítulo
I. INTRODUCCIÓN……1

Planteamiento del problema……..5
Objetivos…….. 5
Importancia y justificación del estudio……6
Delimitación del estudio……... 7
Limitaciones……..7
Definición……. 8

II. RESEÑA BIBLIOGRÁFICA……...9

Consideraciones generales de la adolescencia……..9
Desarrollo físico del adolescente……... 10
Desarrollo social del adolescente……...12
El Autoconcepto……12
Diferencias entre el Autoconcepto y autoestima……... 12
Definición del Autoconcepto……. 13
Factores que influyen en el Autoconcepto del adolescente…… 16
El concepto de belleza en la historia……..18
El peso……...19
El problema del peso……..19
Causas del sobrepeso y obesidad……..…….....20
Consecuencias del sobrepeso…….21
Otros problemas relacionados con el peso…… 22
Procedimiento para conocer el peso…….....24
Circunferencia de la cadera…..……... 24
Índice cintura/cadera……..…… 24
Índice de masa corporal……24
Medición de pliegues cutáneos……..24
Índice de masa corporal…….25
Investigaciones en relación al IMC y Autoconcepto……25

III. METODOLOGÍA……27

Sujetos……...27
Instrumentos para medir las variables…….....27
Medición del Autoconcepto…….....27
Confiabilidad y Validez…….....29
Medición del peso…….....29
Procedimientos…….....30
Procedimientos para la recolección de datos……... 30
Procedimiento para el análisis de los datos……...32

IV. RESULTADOS……... 33
Descripción de la muestra……..……..34
Autoconcepto……..……..... 36
Autoconcepto general según el sexo...…….....37
Subescala Imagen corporal según el sexo……....37
Subescala Estatus intelectual según el sexo…….....38
Subescala Comportamiento según el sexo……...39
Subescala Ansiedad según el sexo……...39
Subescala Popularidad según el sexo……...40
Subescala Bienestar y satisfacción según el sexo……... 40
Índice de masa corporal ……..…….…… 41
Índice de masa corporal según el sexo…….....42
Índice de masa corporal por edad…… 43
Asociación entre Índice de masa corporal y el Autoconcepto……..45
Asociación entre IMC y la subescala Imagen Corporal…….. 46
Asociación entre IMC y la subescala Estatus Intelectual…… 48
Asociación entre IMC y la subescala Comportamiento…….. 49
Asociación entre IMC y la subescala Ansiedad……...50
Asociación entre IMC y la subescala Popularidad…….. 51
Asociación entre IMC y la subescala Bienestar y satisfacción……52

V. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES…….53

Discusión……..… 53
Autoconcepto……...…… 54
Subescalas de Autoconcepto comparadas por sexo……. 54
Índice de masa corporal……...……. 58
Asociación entre IMC y Autoconcepto…… 59
IMC y Subescals de Autooncepto…….59
Conclusiones…… 60
Recomendaciones……61

Apéndice

A. INSTRUMENTO..…….…. 64

B. SALIDAS ESTADÍSTICAS COMPUTARIZADAS……..… 67

LISTA DE REFERENCIAS…….85

LISTA DE FIGURAS

1. Representación gráfica de la frecuencia de sujetos encuestados por sexo….. 35

2. Frecuencias según las edades de los sujetos…….35

3. Representación gráfica de las frecuencias según las 3 categorías de Autoconcepto……...….36

4. Representación gráfica de la frecuencia de la Ansiedad según el sexo…..… 40

5. Representación gráfica de la frecuencia del Índice de masa corporal…..……41

6. Representación gráfica de la frecuencia del IMC según el sexo.....……..... 43

7. Representación gráfica de barras comparativas entre IMC y las edades, en porcentajes……..... 44

8. Representación gráfica lineal de las medias del IMC según las edades.....45

9. Representación gráfica de barras comparativas entre el IMC y la Imagen corporal en porcentaje……..... 47

LISTA DE TABLAS

1. Clasificación según el peso. 30

2. Baremo de María Martina Casullo……..…… 34

3. Datos obtenidos de la muestra de estudio…… 34

4. Comparación de Medias del Autoconcepto general…….36

5. Autoconcepto total comparado de acuerdo al sexo…..…….... 37

6. Subescala Imagen corporal comparada por sexo……..38

7. Subescala Estatus Intelectual comparada por sexo……..…… 38

8. Subescala Comportamiento comparada por sexo……...……..39

9. Subescala Bienestar y satisfacción comparada por sexo……..…… 41

10. IMC comparando las medias y el desvío según el sexo…..…….. 42

11. IMC según el sexo…….…….. 43

12. IMC según las diferentes edades…….. 44

13. Índice de masa corporal comparado con el Autoconcepto general ….…… 46

14. IMC comparado con la subescala de imagen corporal……..…..……..47

15. IMC comparado con la subescala de Estatus intelectual……...…...48

16. IMC comparado con la subescala de Comportamiento…… 49

17. IMC comparado con la subescala Ansiedad……...……..50

18. IMC comparado con la subescala Popularidad…….……51

19. IMC comparado con la subescala Bienestar y satisfacción…….....52

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Desde los primeros años de la vida y a partir de sus propias experiencias, de las valoraciones que reciben de las personas importantes del medio social, como ser los padres, profesores y compañeros, el ser humano va formando el concepto de sí mismo.

A esto se le denomina autoconcepto, que es la configuración organizada de percepciones de uno mismo, que son admisibles para el conocimiento (Casullo, 1996). Estas percepciones relativas a uno mismo que aluden a los propios rasgos y competencias, se construyen a través de la relación con los demás y el medio. Incluye valores, metas, ideales percibidos positiva o negativamente por el sujeto. En suma, es la imagen y valoración que tiene un individuo de sí mismo, contemplando el conjunto de características y experiencias por las que pasa. Es uno de los más importantes resultados del proceso socializador y educativo. Proporciona pautas para interpretar la experiencia; es el marco de referencia sobre la base del cual se organizan todas las experiencias. El significado y valor de la realidad dependen, en gran parte, de cómo la persona se ve a sí misma; y según la autovaloración que tenga la persona interpretará la realidad. Es necesario tener un autoconcepto positivo para una conveniente adaptación del sujeto, para la felicidad personal y para un funcionamiento eficaz. No es innato, se construye y se define a lo largo del desarrollo por la influencia de las personas significativas del medio familiar, escolar y social, y como consecuencia de las propias experiencias de éxito y fracaso.

La escuela tiene un valor significativo sobre la imagen que se hacen los niños y adolescentes en lo académico, la conducta social, el aprendizaje afectivo, las actitudes, incluido lo que piensa y siente sobre sí mismo. Por esto se afirma la cualidad pluridimensional de la variable autoconcepto, como lo planteó Piers (1970, citado por Casullo, 1990) y que se desarrolló en este estudio.

La adolescencia es la etapa en la que el autoconcepto se perfila y define de modo tal que el individuo se identifica como ser singular, diferente de los demás. Las experiencias van siendo más intensas y se aproxima a la vida y responsabilidad adulta; el adolescente va adquiriendo un mejor conocimiento de sí mismo, se forma una opinión más ajustada de su personalidad y se preocupa por conocer los rasgos que lo definen. Es la etapa de la búsqueda de la propia identidad. La maduración física que tiene lugar en estos años, hace que el adolescente se centre en la imagen de su cuerpo. La nueva imagen corporal marca las relaciones con los compañeros de ambos sexos, siendo el autoconcepto de su realidad física una de las claves de su integración en el mundo de su grupo de iguales. Esta imagen de su realidad corporal contribuirá decisivamente a la valoración de sí mismo y a la afirmación de su identidad.

El medio escolar juega, igualmente, un papel muy importante en la formación del autoconcepto, pues pone a prueba los talentos y capacidades del adolescente; los resultados afectan al autoconcepto, que a su vez condicionará las expectativas de éxito social, los intereses y aspiraciones profesionales. Un autoconcepto positivo es un factor importante en el ajuste emocional y social. Por otra parte, un autoconcepto negativo produce un comportamiento inseguro y desconfiado ante el mundo (Melgosa, 1997).

Hoy se vive en una sociedad donde la figura y la belleza ocupan el primer lugar, donde el ser aceptado, el tener éxito con el otro sexo o en el trabajo depende del aspecto físico. Esta

presión social ocasiona problemas mentales y trastornos alimentarios como la bulimia, la anorexia nerviosa y otros, especialmente en los adolescentes, que están más susceptibles a sufrirlas. Éstos, aunque estén dentro de los parámetros normales de peso, perciben en forma distorsionada su imagen corporal, y como producto de esto desarrollan un bajo concepto de sí mismos. Como señalaron Friedberg y McClure, (2005), "la forma en que los sujetos interpretan sus experiencias determina profundamente su funcionamiento emocional" (p. 16).

Santos Muñoz (2005), en la Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, destacó que los problemas de salud han cambiado mucho en cien años. La desnutrición ha dejado paso a la obesidad, y las enfermedades contagiosas han sido relegadas por las cardiovasculares. La transformación ha sido tal, que hasta el propio concepto de salud ya no es el mismo; el viejo concepto que consideraba la salud como la ausencia de enfermedad ha dejado paso a otro más abierto y dinámico, orientado a la promoción de entornos y estilos de vida más saludables.

En efecto, cuando se considera la salud como "el completo estado de bienestar físico, psíquico y social", tal como ha establecido la Organización Mundial para la Salud (OMS) en 1997 (citado por Farriol, 2001), es necesario valorar el medio social en el que se relacionan las personas como el elemento prioritario de acción. Para Berbesi (1999) la salud es un estado de capacidad activa del organismo y todas sus funciones para adaptarse al medio ambiente. Desde esta perspectiva, la salud pasa a ser algo bastante más complejo que el simple estado individual de cada uno de los miembros de una sociedad. En las últimas décadas, la obesidad y el sobrepeso se han convertido en uno de los principales problemas para los departamentos de Salud Pública y su prevalencia está aumentando en las poblaciones infantiles de todo el mundo.

Según la OMS (1997, citado por Farriol, 2001), la obesidad es la enfermedad metabólica más prevalente en los países desarrollados y la ha descrito como una epidemia. El sistema educativo y, dentro de él, los profesionales de la Educación Física, no pueden dar la espalda a este problema.

Sánchez-Castillo (2004) también indicó que no hace mucho tiempo los ricos eran obesos, los pobres eran delgados. Actualmente, los ricos son delgados y los pobres son, además de desnutridos, obesos.

Ésta fue etiquetada como epidemia mundial por la OMS en el año 1998 debido a que a nivel mundial existe más de mil millones de adultos con sobrepeso y por lo menos 300 millones de éstos son obesos. La epidemia de obesidad no se restringe a sociedades desarrolladas, su aumento es con frecuencia más rápido en los países en vías de desarrollo quienes enfrentan un doble reto junto con sus problemas de desnutrición (Turconi, Guarcello, Maccarini, Bazzano, Zaccardo, y Roggi, 2006).

Danzon (2006) mencionó que la epidemia de la obesidad representa el mayor desafío para la salud pública europea en el siglo XXI, porque representa un factor de riesgo de varias enfermedades crónicas y supone un grave problema económico por los altos costos que se derivan de su atención.

Días Ballari (2001) agregó que la obesidad infantil tiene especial trascendencia porque muchos niños obesos seguirán siéndolo al convertirse en adultos a menos que adopten y mantengan patrones más saludables de alimentación y ejercicio. Cuando la obesidad infantil se manifiesta o persiste en la segunda década de vida y no se corrige a tiempo es muy probable que en la edad adulta se sufra de obesidad. Los adolescentes con sobrepeso tienen un 70% de probabilidades de llegar a ser adultos con sobrepeso u obesos. Esto se incrementa al 80% si uno o los dos padres son obesos o tienen sobrepeso.

Otra de las variables que se estudió en esta investigación es el Índice de masa corporal (IMC), definido como un método para determinar si una persona tiene sobrepeso, bajo peso o está en los valores de la media de la población, conociendo a través de este procedimiento en qué grado se encuentra.

Planteamiento del problema

Como se expuso, el autoconcepto es la percepción que tiene una persona de sí misma, construida y definida a través del tiempo y que es aprendida, siendo los factores de influencia (en los valores, creencias, ideales que un sujeto edifica sobre sí mismo) la familia, escuela, amigos, los medios masivos de comunicación, entre otros.

Teniendo en cuenta que el factor peso es muy importante en la adolescencia para la aceptación del grupo, para la imagen que tengan de sí mismos, es que se quiso saber qué ocurre entre el autoconcepto y el peso en los adolescentes. En base a lo dicho, surgen las siguientes preguntas:

¿Existe una asociación entre el índice de masa corporal y el autoconcepto en los adolescentes de entre 13 y 18 años, de ambos sexos en el nivel secundario del Instituto Adventista Morón?

¿Se asocian el nivel de satisfacción, comportamiento, estatus intelectual, imagen corporal, ansiedad, popularidad, con el índice de masa corporal?

Objetivos

Los objetivos del estudio fueron:

1. Identificar el índice de masa corporal (IMC) en general, y en comparación según el sexo, en los adolescentes.

2. Evaluar el autoconcepto en general y en sus dimensiones, comparando las respuestas según el sexo, en relación a los factores de estatus intelectual, comportamiento, imagen corporal, ansiedad, popularidad, bienestar y satisfacción.

3. Evaluar a través de un análisis de chi cuadrado la posible asociación entre el índice de masa corporal el autoconcepto.

4. Conocer si existe relación entre el índice de masa corporal y cada una de las subescalas del autoconcepto.

Importancia y justificación del estudio

En la adolescencia se producen numerosos cambios, tanto fisiológicos como cognitivos, que influyen determinantemente en la consolidación del autoconcepto. Los adolescentes se adentran en un mundo diferente, alejados de la seguridad de la infancia, que les exige nuevas competencias en áreas inexploradas en las que deben demostrar su valía. Se ven presionados por su grupo social para desarrollar nuevos roles, lo que conduce a la diversificación de percepciones de sí mismo en los diferentes contextos.

Durante la adolescencia se adquieren los hábitos que las personas van a desarrollar durante el resto de sus vidas. Uno de estos hábitos es la práctica deportiva, por lo que la adolescencia es un periodo muy importante en la formación del estilo de vida saludable. Según Santos Muñoz (2005) el autoconcepto, la práctica deportiva y un estilo de vida saludable están íntimamente relacionados, y las posibles intervenciones educativas sobre estos aspectos durante la adolescencia deben ser muy tenidas en cuenta por los profesionales de la Educación Física, ya que pueden ser determinantes en el desarrollo personal y social de los individuos.

Martinez-Otero (2003) señaló que no sólo en las clases de Educación Física sino también en todo el ámbito educativo, la autoestima y el autoconcepto tienen enorme importancia en los alumnos y en los profesores de cualquier nivel. La percepción y la valoración de las personas sobre sí mismas condicionan su equilibrio psicológico, su relación con los demás y su rendimiento.

Delimitaciones del estudio

La presente investigación se delimitó a estudiar a alumnos de la población escolar del nivel medio de Morón.

Los sujetos de la investigación fueron un grupo representativo de estudiantes de todos los cursos del nivel secundario, del Instituto Adventista de Morón, en la ciudad de Morón, Buenos Aires, Argentina, durante el ciclo lectivo 2007.

Limitaciones

La investigación realizada tuvo las siguientes limitaciones:

1. A los fines de estudiar la relación entre variables, la muestra es pequeña.

2. Las categorías de la variable independiente no están extremadas. Esto es un problema común en los estudios retrospectivos donde la variable independiente no es manipulada por el investigador sino que simplemente se la estudia tal como viene dada en la muestra.

3. Los resultados se ajustan a la muestra de estudio y no puede generalizarse a otras poblaciones.

Definición

Índice de masa corporal (IMC): método para saber si una persona tiene o no sobrepeso y establecer, además, el grado de obesidad. Llamado correctamente índice de Quetelet (Braguinsky, 1999).

El IMC se determina por medio de la siguiente fórmula: el peso en kilogramos dividido la talla de la persona en metros elevada al cuadrado.

Cuando el índice de masa corporal es menor a 18,4 kg/m2 es bajo peso, delgadez. Si el valor se encuentra entre 18,5 y 24,9 kg/m2 se considera peso normal o saludable, entre 25 y 29,9 kg/m2 es sobrepeso y obesidad leve (grado I), si los valores están entre 30 y 39,9 kg/m2 es obesidad moderada (grado II) y si el valor está por encima de 40 kg/m2 se trata de una obesidad grave o mórbida (grado III) (Díaz-Rubio y Espinos, 1994).

Adolescencia: es la etapa cronológica comprendida entre los 10 ó l2 años de edad y los 18 ó 20 años. (Medellín y Tascon, 1995). La adolescencia es una etapa maravillosa de la vida, pero también es una etapa de inseguridad, de cambios, de inestabilidad (Jones, 1996).

Autoconcepto: el concepto que cada uno de nosotros tiene de sí mismo es el sujeto y la entidad que consciente y subconscientemente pensamos que somos: nuestros rasgos físicos y psicológicos, nuestras cualidades y nuestros defectos (Branden, 1995).

En esta investigación se trabajó siguiendo a Casullo (1990) que estableció las diferentes subescalas que forman el autoconcepto general en el adolescente: comportamiento, status intelectual, imagen corporal, ansiedad, popularidad, bienestar y satisfacción.

CAPÍTULO II

RESEÑA BIBLIOGRÁFICA

En esta sección se desarrollaron consideraciones generales de la adolescencia, el autoconcepto y su diferencia con la autoestima y los factores que influyen en el autoconcepto del adolescente. También se analizó el problema del peso, sus causas, las consecuencias y otros problemas relacionados con el peso. Se desarrolló el método que permite medir el estado corporal del individuo, denominado, índice de masa corporal. Se buscó conocer si existe relación entre el índice de masa corporal y el autoconcepto.

Consideraciones generales de la adolescencia

El concepto de adolescencia viene desde la antigüedad. Melgosa (1997) describió el concepto en su evolución histórica, partiendo desde Aristóteles, quien la contemplaba como una etapa con características más bien negativas, e identificaba al adolescente como lleno de pasión y de deseo sexual, que se deja llevar por impulsos, pero que también es caritativo, confiado, seguro de sus afirmaciones y con elevadas aspiraciones. Stanley Hall (1904, citado por Casullo, 1990), describió al adolescente como un puente entre los años "salvajes" de la niñez y la fase "civilizada" de la edad adulta. Por su parte, Freud (1946, citado por Melgosa, 1997) la explicó como el reestablecimiento de los impulsos sexuales perdidos en la niñez, lo cual trae trastornos internos en la vida del adolescente como ansiedad, aislamiento, confusión y culpabilidad. Margaret Mead (1961, citada por Melgosa, 1997) asoció la adolescencia con el concepto de crisis. Erik Erikson (1974, citado por Melgosa, 1997) lo entendió como el

momento en que el joven trata de resolver las cuestiones como: ¿quién soy?, ¿a qué me dedicaré?, ¿acepto o no las ideas de la generación anterior?, es decir, se trata de un período de búsqueda de identidad personal, aunque algunos tardan años en resolver este problema, todos de alguna manera o en algún momento se lo plantean. En cambio, Piaget (1958, citado por Melgosa 1997) enfatizó el aspecto intelectivo como etapa culminante del desarrollo intelectual, que dota a cada individuo de las aptitudes mentales necesarias para adentrarse en las complejidades del conocimiento. En la actualidad se establece la importancia de la magnitud de la actividad endocrinológica que motiva cambios de diversa índole. En cuanto que existen diferencias individuales muy grandes, para cada sujeto puede resultar una etapa normal y carente de dificultades serias, pero para otros puede ser un período de gran turbulencia.

En resumen, es una etapa de la vida en la cual se adolece de identidad. Es una de las más bellas, pero a la vez una de las más difíciles etapas, por sus cambios físicos, psíquicos y emocionales, de imagen corporal y de pensamientos. El adolescente está en busca de su personalidad, tarea que puede durar toda su vida. Además hay conflictos y desencuentros con los padres para ver quién tiene el control.

Dennis y Hassol (1985) escribieron: “cuando hay una desigualdad entre lo que esperan los padres y el hijo de quien se está requiriendo, el escenario está listo para un ‘problema’ entre padres e hijos” (p. 209).

Desarrollo físico del adolescente

Las proporciones corporales cambian radicalmente en esta etapa. Los varones experimentan un ensanchamiento de los hombros, una redistribución y crecimiento de los músculos y una pérdida de una porción considerable de grasa subcutánea. Las niñas adquieren

caderas más anchas, lo que refleja nuevas medidas pélvicas, y retienen mucha de la grasa, con la consiguiente uniformidad y redondez de los contornos del cuerpo.

El crecimiento en los adolescentes no es parejo, así que algunas partes crecen más rápidas que otras. Los pies y las manos crecen antes que se alarguen los brazos y las piernas, por este motivo los adolescentes parecen torpes en sus movimientos y se tropiezan fácilmente.

La nariz, las orejas y en algunos casos hasta la mandíbula, tienden a estar en desproporción con el resto de la cara por un tiempo. El crecimiento repentino es solo el comienzo de los sucesos físicos principales. La actividad hormonal estimula la aparición de características sexuales secundarias, como ser cambios en las mamas, el cambio de tono de voz y la aparición de vello. Puede ser hasta traumático en algunas jovencitas tener este desarrollo cuando la edad cronológica no la acompaña. El desarrollo hormonal afecta a las glándulas sebáceas y sudoríparas. La transpiración asume su olor característico sintiéndose el más pestilente y repugnante del medio. El trabajo de las hormonas también afecta en el rostro y en la espalda produciendo acné, provocando en algunos casos daños a la confianza propia y la estabilidad emocional.

Offer (1973, citado por Casullo, 1990) en un estudio sobre el adolescente normal, encontró patrones de desarrollo psicológico y destacó que el 35 % de la muestra tenía un crecimiento irregular, presentaban períodos variables de adaptación y progresión, y otros de regresión y detención en el desarrollo y más conflictos emocionales.

Los órganos sexuales primarios, relacionados directamente con la reproducción, se desarrollan en forma extraordinaria. La mayoría de las jovencitas tienen su primera menstruación entre los 11 y los 15 años. Los adolescentes que tienen una maduración más temprana llegan a tener menos dificultades en las relaciones con los demás que los que maduran físicamente más tardíamente. Con respecto a esto, Jones y Mussen (1958) dijeron

que “los jóvenes que maduran temprano tienen una mayor y significativa confianza en sí mismos y son menos dependientes, se sienten más aceptados por sus padres y se consideran más maduros y capaces de representar un papel de adulto en las relaciones interpersonales” (p. 491).

Desarrollo social del adolescente

La confianza que los niños tenían en sus padres, a medida que van creciendo y van llegando a la adolescencia la depositan en sus amigos y compañeros. Entre ellos se entienden, tienen los mismos códigos, los mismos intereses, hablan el mismo idioma, y son desinteresados y espontáneos. El principio de la adolescencia es la amistad, si se sienten solos o se sienten mal ahí está el amigo para escuchar, para estar a su lado. Al formar parte de un grupo es necesario cumplir ciertas normas o llevar a cabo determinados actos que demuestren que son parte o que quieren ser uno más del grupo (Gispert, 1987).

El autoconcepto

Dentro del desarrollo normal del adolescente, un aspecto relevante de su formación psicológica es la formación del autoconcepto.

Diferencias entre autoconcepto y autoestima

Existen diferencias entre el autoconcepto y la autoestima, aunque se han estado utilizando como si fuesen el mismo concepto ya que están íntimamente ligados.

Cuando se compara la imagen propia, la que tiene el individuo con la imagen ideal que se ha formado se produce la autoestima. Es la autoevaluación del YO, el sentimiento de aceptación y aprecio de sí mismo, que va unido al sentimiento de competencia y valía personal. La evaluación que se emite sobre sí misma una persona es el juicio de valor más

importante. Esta evaluación es un factor decisivo para el desarrollo psicológico y la motivación. Se emite, no como un juicio consciente, sino como sentimiento y está presente en toda la psicología humana. Todo ser humano emite juicios de valor según principios y/o valores que regulan su conducta. El hombre se juzga a sí mismo según esos patrones, y si no se logra una valoración positiva padecerá consecuencias. Tiene que tener respeto a sí mismo, porque sino no se considerará digno de alcanzar la felicidad. La autoestima descansa sobre el funcionamiento correcto de la mente. La autoestima se va construyendo día a día, se va forjando en cada elección. Esta puede potenciarse o restringirse con el paso del tiempo.

Según el grado en que tome sus decisiones, experimentará o no la sensación de control de su propia existencia y la confianza en sí mismo será la confianza en su mente, en la fiabilidad que ésta tiene como instrumento de cognición. Es la convicción de que se es competente para pensar, juzgar, saber, aunque se equivoque en la elección. El hombre necesita confianza en sí mismo porque sino está condenado a no estar capacitado para vivir. La autoestima se resume en dos componentes: confiar en la capacidad de uno mismo y el respeto a uno mismo. Tiene como principal función proteger al sujeto de las situaciones del medio que lo exponen a autoevaluaciones continuas. La falta de autoestima está en la base de la mayoría de las angustias personales ya que la baja autoestima es causa y, consecuencia de casi todos los problemas psicológicos, afectando los comportamientos.

Definición de autoconcepto

El autoconcepto implica el concepto que uno tiene de sí mismo, es lo que piensa de sí misma la persona. No es lo que piensan los padres, profesores, familia, la gente cercana a la persona, sino lo que piensa el individuo de sí mismo, aunque ese concepto que cada sujeto tenga va a estar condicionado por diferentes factores externos. Luego de pensar *qué soy, cómo*

me siento, la persona realiza una evaluación. El resultado de esa evaluación va a determinar el grado de autoestima que tenga.

Ausubel (1952) definió el autoconcepto como la combinación de tres elementos en cada persona: el aspecto físico, las imágenes sensoriales y los recuerdos personales. Para Rogers (1950, citado por Casullo 1990) el autoconcepto implica la configuración organizada de las percepciones de sí mismo que son admisibles a la consciencia, y presenta tres características: es consciente, ya que incluye las experiencias y percepciones simbolizadas en la consciencia; es una estructura (*gestalt*), contiene percepciones, valores e ideales; es una hipótesis provisional que la persona formula acerca de su realidad. Es decir que existe una relación entre la imagen de uno mismo y las posibilidades de acomodación y asimilación a la realidad intra-psíquica y psicosocial.

Casullo (1990) planteó el autoconcepto desde una perspectiva global, haciendo referencia a las autopercepciones que una persona tiene respecto a sucesos importantes de su vida. En ellas están implícitos factores biológicos, culturales y que dichas percepciones se construyen a través de interacciones con el medio social durante la infancia y en relación a los comportamientos y actitudes de los otros.

Branden (1995) dijo al respecto: "el concepto que cada uno de nosotros tiene de sí mismo es el sujeto y la entidad que consciente y subconscientemente pensamos que somos: nuestros rasgos físicos y psicológicos, nuestras cualidades y nuestros defectos, y, sobre todo, nuestra autoestima. La autoestima es el componente *evaluativo* del concepto de sí mismo" (p. 16).

De esta forma se puede contemplar que la autoestima es el resultado del autoconcepto. Martínez-Otero (2003) afirmó que el autoconcepto equivale al conocimiento que alguien tiene sobre sí mismo y la autoestima se refiere al valor que la persona se atribuye a sí misma. Como

se puede observar, se trata de dos nociones muy emparentadas, si bien se puede utilizar la palabra 'autoconcepto' para aludir principalmente a la dimensión cognitiva o perceptiva y reservar el vocablo 'autoestima' para resaltar sobre todo la vertiente evaluativa o afectiva. Es justo señalar que los aspectos de conocimiento y valoración son difícilmente separables. En esta investigación mencionar autoconcepto o autoestima fue indistinto.

Es importante destacar que la verdadera autoestima o el resultado del verdadero autoconcepto que tiene el sujeto de sí mismo no se basa en la exaltación propia a expensas de otros. Con respecto a esto Branden (1995) agregó: "la arrogancia, la jactancia y la sobrestimación de nuestras capacidades refleja mas bien una autoestima equivocada y no como imaginan algunos, un exceso de autoestima" (p. 15). Cada individuo tiene la opción de influir en alguna manera sobre la autoestima de los otros y su dignidad, así como el otro puede responder de manera semejante, es decir implica una respuesta recíproca.

Esto se observa mucho en padres que consciente o inconscientemente condicionan el futuro de sus hijos, ya sea porque verbalmente anulan a sus hijos o les hacen creer que ellos no van a poder lograr tal o cual tarea. Como consecuencia de estas acciones, el paso del tiempo refleja a muchas personas adultas frustradas con sus trabajos, y su vida en general.

La escuela contribuye a configurar el autoconcepto general y el autoconcepto académico del niño. Los resultados que obtiene y los comentarios que recibe de profesores, compañeros y padres condicionan la opinión que el alumno tiene de sí mismo (Martínez-Otero, 2003).

Con respecto al párrafo anterior, existen investigaciones señalando que los sujetos con alto autoconcepto se diferencian de aquellos de bajo autoconcepto en su ajuste psicológico, autoestima, estabilidad emocional, seguridad, salud mental, pensamientos más flexible y con menos prejuicios y aceptación de sí. Por su parte, Gimeno Sacristán (1976) dijo que "las

personas con baja autoestima se quejan de padecer nerviosismo, bajo apetito e insomnio, son más sensibles a la crítica y a la burla, y tienden a sentirse más solos debido a la incomunicación que se ven obligados a mantener con los demás por miedo a que se descubra su debilidad"(p.31).

Factores que influyen en el autoconcepto del adolescente

Un factor que se presenta es el discurso mediático que propone su propio lenguaje, que de manera intrusita y subliminal ingresa en la mente de los chicos buscando su colonización y esto influye en la autopercepción que tenga el adolescente de sí mismo (Pereyra, 1996).

Los jóvenes están expuestos a constantes modelos atractivos difundidos por los medios masivos, que tienen la finalidad de romper con modelos familiares que han seguido desde niños junto al deseo propio de ser independientes y que se los considere adultos. Esto, distorsiona la percepción y los valores para adquirir los dados por la moda y de esta manera les permite pertenecer y seguir el proceso de autodefinición. (Pereyra, 1996; Cicalese, 2000)

Los medios de comunicación utilizan a mujeres esbeltas y aparentemente saludables para vender desde automóviles, relojes, perfumes, hasta helados. Están influenciando sobre mujeres de peso normal. Con respecto a este tema Emslie, Hunt y Macintyre (2001) mencionaron que el ideal de belleza femenina todavía está asociado con un cuerpo delgado. Orbach (1978, citado por Braguinsky et al., 1999) aseguró que "la influencia de los medios de comunicación desde la infancia determina que cada vez más niñas y adolescentes asimilen el mensaje que un cuerpo armonioso y delgado les facilitará los caminos afectivos y laborales" (p.163).

La moda y las modelos muy delgadas han causado muchos problemas con respecto a la imagen que tienen las personas de su cuerpo. Orbach (1993, citado por Cruz Sáez y Maganto

Mateo, 2002), ha investigado esta realidad y ha comprobado el intento de las jóvenes de asemejarse a los ideales de belleza exhibidos por las modelos actuales, con cuerpos cada vez más estilizados y angulosos. Fallon (1990, también citado por Cruz Sáez y Maganto Mateo, 2002), confirmó tras la revisión de la revista Vogue entre los años 60 y 80, en donde los cuerpos de las mujeres se alargan progresivamente, pierden redondez en las formas y muestran una extrema delgadez en un marco socialmente admitido y valorado.

Ortega (1996) afirmó que "la sociedad también influye en la presencia de los desórdenes psicológicos de las personas obesas" (p.3). Un ejemplo es la tendencia de la moda actual que presenta como estereotipo de la mujer perfecta a mujeres extremadamente delgadas. Wolf (1991, citada por Braguinsky 1999) planteó que, el juicio actual es implacable y obliga a las mujeres a mantener una imagen corporal aceptada por el medio.

Emslie (2001) publicó un estudio acerca de las percepciones de la imagen corporal entre hombres y mujeres de Escocia. Destacó la diferencia en la percepción del peso, en relación a hombres y mujeres, resaltando que los primeros, que deberían haberse preocupado por el sobrepeso y las consecuencias para su salud no se inquietaron. En cambio, las mujeres, que no tenían por qué preocuparse, consideraron que tenían que perder peso.

La moda o la presión social no solo afecta a los adolescentes y adultos sino también a los niños. Así lo demostró la revista brasileña Veja (2000, citada por el periódico Río Negro, 2000) que sostiene: "los niños brasileños consideran que tener una buena apariencia es más importante que hacer un curso universitario" (p.8).

También la moda de verse delgado puede influir en el estado anímico. Así lo demostró otro estudio realizado por Leora Pinhas, Toner, Garfinkel, y Stuckless (1999) donde se expusieron imágenes con modelos que representan el ideal de delgadez femenina y les hicieron completar algunas pruebas que registraban estados de ánimo, índices de satisfacción

corporal y trastornos de la alimentación. Los médicos, luego de las pruebas, concluyeron que observar las imágenes de las modelos producía un efecto negativo inmediato en el estado anímico de las mujeres, manifestando estar menos satisfechas con su apariencia y su peso. Estos efectos fueron producidos luego de haber observado 20 diapositivas de modelos, siendo este número inferior a la cantidad de figuras presentes en cualquier publicación de moda actual. Con estos datos sugieren que las imágenes publicitarias juegan efectivamente un rol en la aparición de las patologías alimenticias.

La moda y las costumbres de los jóvenes en las grandes ciudades del mundo tienden a parecerse, lo cual facilita la incorporación de este ideal de perfección. Hoy en día los adolescentes se ven expuestos a modelos más atractivos a través de los medios de comunicación, lo cual los lleva a querer algo irreal o difícil de alcanzar u obtener.

Casullo (1996) explicó que es imposible dejar de referirse al efecto que las imágenes que aparecen en el cine, la pantalla de televisión o las revistas tienen en la conformación de expectativas y el desarrollo de identidades. Los mensajes publicitarios, generan necesidades que no siempre se están en condiciones de satisfacer a la vez que proponen modelos específicos según roles y géneros. El ser humano, al compararse con los personajes que aparecen en las pantallas puede optar por dos soluciones externas: rechazarlos a modo de rebelión y producir una identificación reactiva, o aceptarlos sumisamente a través de la idealización por imitación (p.107).

El concepto de belleza

El concepto de belleza y estética no fue igual a lo largo de la historia, fue cambiando con el paso del tiempo. Fernando Boero, un pintor colombiano, muestra en sus obras de 1930 la concepción que se tenía de la gordura en esa época. Ese contexto histórico y cultural ha

cambiado considerablemente a través del tiempo. Braguinsky (1999) señaló que existe un contraste entre los cuerpos redondeados de las pinturas de Rubens del siglo XVII con el ideal actual de extrema delgadez.

La visión histórica del obeso (asociada a la robustez, fuerza y reserva de calorías) fue vista tradicionalmente como deseable: las diosas de la fecundidad de Willendorf; la obesidad como manifestación de riqueza, medios y poder en las mujeres africanas (Braguinsky, 1999). El autor sigue diciendo: "las modelos, que funcionan como modelos, tienen un peso 23 % menor en proporción con el resto de la población de mujeres de peso normal" (p.246).

El peso

El problema del peso

Hoy en día este paradigma cambió, y existe una preocupación muy grande en los adolescentes por ser delgados. Son muchas las adolescentes que solicitan dietas que en realidad no necesitan. Al respecto Berg (1992, citado por Gómez-Perezmitré y Acosta García, 2002) dijo que en Estados Unidos las adolescentes y jóvenes estaban haciendo dieta y no por razones de salud, sino por demandas sociales y motivos cosméticos. Muchas veces se confunde un sobrepeso que es fácilmente controlable con una obesidad mórbida.

Los adolescentes creen que el ser delgado solucionará todos sus problemas, sus preocupaciones, sus conflictos de timidez, de relación con sus pares y con sus familiares.

Uno de los mayores problemas actuales relacionados con el peso es la obesidad. No afecta sólo a adultos, sino también a niños y adolescentes. Este problema ha ido aumentando en los últimos años y constituye el trastorno más frecuente en los países industrializados, pero también alcanza a los países del tercer mundo y se sabe que es un problema conocido mundialmente.

Bautista (2003) afirmó que los efectos de la obesidad afectan de varias maneras en el adolescente, pudiendo incluso acelerar la maduración sexual y el curso del crecimiento. Las adolescentes obesas tienen antes su primer menstruación, también sufren trastornos menstruales que pueden ser irregulares y hasta hacer desaparecer el ciclo.

A pesar de los avances tecnológicos por reducir esta enfermedad Guadalupe Henestrosa (2000) aseguró que, en la Argentina, uno de cada tres habitantes padece este mal que constituye un problema de salud pública.

Vajda et al. (2007) destacaron que, el predominio de niños y adolescentes con sobrepeso u obesos ha aumentado notablemente en Hungría durante las tres décadas pasadas.

En un país desarrollado, Suiza, en los últimos 20 años ha ido en aumento el predominio de alumnos con sobrepeso y obesos de 3 a 6 veces más. Uno de cada 4 niños padece de sobrepeso y son obesos (Puder y Kriemler, 2008).

Seidell (1999) expuso que Francia, los Países Bajos, el Reino Unido y los Estados Unidos están entre los países que han relatado aumentos recientes del predominio de obesidad en niños y adolescentes.

Causas del sobrepeso y obesidad

Treuth, Butte, Ellis, Martin, y Comuzzie (2001) confirmaron que la obesidad está en los genes. Se estudiaron niñas de peso normal que participaron junto a sus padres biológicos de numerosas mediciones corporales. En general los investigadores encontraron que los hijos de padres con sobrepeso tendían a superar el peso corporal normal para su edad, mientras que los chicos con padres más delgados eran más proclives a estar por debajo del peso normal.

Carmena Rodríguez (2002) agregó que la herencia influye, especialmente, sobre la distribución corporal de la grasa y las diferencias individuales del metabolismo basal y del gasto calórico de la actividad física diaria.

La conducta alimenticia es tan o más importante que la herencia, ya que hubo niños, adoptados por padres con sobrepeso, que sin tener una unión genética con los padres, comenzaron a tener los mismos hábitos y conductas alimenticias, lo que produjo en esos niños un sobrepeso considerado.

Otra causa de sobrepeso es la falta de actividad física diaria en las personas. En los últimos años ha ido aumentando el sedentarismo. Con respecto a esto Branguinsky (1999) dijo que: "el número creciente de artefactos que ahorran el trabajo personal, así como el tiempo que se usa frente al televisor o los juegos de computación han llevado al sedentarismo como modo de vida" (p.47).

Consecuencias del sobrepeso

Es indiscutible la influencia de la obesidad sobre la salud y la expectativa de vida de un individuo. El exceso de peso produce consecuencias y cuanto mayor sea el sobrepeso, mayor será el riesgo en la satisfacción general de la vida de la persona (Braguinsky, 1999).

La obesidad constituye un factor de riesgo para la aparición de diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, algunos tipos de cáncer y otras enfermedades (Carmena Rodríguez, 1994). La misma autora sigue diciendo al respecto que "numerosos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que la esperanza de vida en los individuos obesos se halla reducida y que su morbilidad es elevada" (p.2239).

Seijas Buschiazzo (1997) dijo que pocos trastornos son tan visibles a los demás como la obesidad, y genera tanta ridiculización de sus víctimas y condena de parte de los demás.

Los obesos típicamente responden con vergüenza, pena y culpa. Muchos se ven cargados de un legado de fracasos para controlar su peso. Reduce la autoestima del paciente en algunas áreas de funcionamiento y afecta la calidad de vida del individuo.

Silvestre y Stavile (2005) comentaron que las personas obesas, sienten miradas burlonas de los allegados, la ausencia de miradas de deseo por parte del otro sexo, la incomodidad de la ropa que aprieta, el cansancio y la torpeza de movimientos que genera, y sobre todo el mirarse en el espejo y no gustarse, es un castigo apropiado para la mente de algunas personas que se sienten culpables.

El exceso de sobrepeso se asocia con otras alteraciones del crecimiento físico. El adelanto de la menarca en las adolescentes, las alteraciones ortopédicas son muy comunes y de especial riesgo en púberes varones en los que la necrosis de la cabeza del fémur afecta tres a cuatro veces más que a los de peso normal, aumento de la edad ósea avanzada y se producen estrías en la piel (Braguinsky, 1999).

El peso, cuando excede la normalidad, se convierte en un problema que es preocupación de varios sectores de la sociedad. Pero si está por debajo de la normalidad también puede ser un problema que puede asociarse con otras enfermedades como la bulimia y anorexia.

Otros problemas relacionados con el peso

Los expertos coinciden en que la mayoría de los casos de anorexia y bulimia provienen de la exaltación de imágenes irreales de modelos excesivamente delgados, vistos en el cine, televisión, medios gráficos y publicidad. Ya lo planteaba Humberto Eco (1993), la televisión es un supermercado, los comerciales son producidos por expertos en la manipulación de la voluntad; sus mensajes quedan registrados en el subconsciente y la mayor parte de la

publicidad está dirigida a los niños y jóvenes que no captan las técnicas de ventas y son fácilmente influenciables.

Braguinsky (1999) señaló que la anorexia nerviosa es un trastorno más frecuente en las mujeres que en los varones. Se caracteriza por un deseo intenso de adelgazar. Esto se traduce en dietas y ejercicio físico hasta llegar a un peso notablemente inferior al normal. Va acompañado de un temor irracional a la obesidad, una distorsión de la percepción del propio cuerpo y amenorrea. Al menos un 10% de los pacientes que padecen esta enfermedad mueren de inanición o suicidio.

La bulimia nerviosa es un trastorno mental muy parecido a la anorexia pero con la particularidad de ir casi siempre acompañada del vómito inducido. Se da más en mujeres. Se caracteriza por fuertes deseos de ingerir alimentos con muchas calorías (dulces, grasas, fritos) con el remordimiento posterior. Al igual que la anorexia, la percepción de la imagen corporal está claramente distorsionada viéndose la joven obesa, sin estarlo. Presentan síntomas depresivos, consumo de alcohol y estimulantes. Como consecuencia de los vómitos puede producirse una pérdida del esmalte dental, con el consiguiente deterioro de dientes y muelas (Braguinsky, 1999).

Los adolescentes que poseen estos trastornos, están obsesionados con su imagen corporal y con el control del peso, continuamente se suben a la balanza para saber cuánto pesan, para saber si subieron o bajaron de peso.

Esa es una forma de saber acerca del peso, pero existen varios métodos e instrumentos para determinar el peso de una persona.

Procedimiento para conocer el peso

Circunferencia de la cadera

Esta medida está relacionada en forma directa con la cantidad de tejido adiposo ubicado a nivel troncal. "Una persona puede ser considerada portadora de una obesidad de riesgo si su circunferencia es mayor de 100 cm." (Rubio y Salas-Salvadó, 2007, p. 8).

Índice cintura/cadera (ICC):

La relación entre ambas circunferencias es representativa de la distribución del tejido graso en el cuerpo. Es el resultado de una división de la circunferencia de la cintura por la circunferencia de la cadera, ambas en centímetros. Los valores normales no deben superar 0,80 en mujeres y 0,95 en hombres (Rubio y Salas-Salvadó, 2007).

Índice de masa corporal (IMC)

La relación peso/talla es una medida recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por ser de fácil aplicación e interpretación en estudios poblacionales. Puesto que esta relación no distingue masa magra de masa grasa y no permite predecir el riesgo de los efectos adversos del exceso de grasa corporal, se utiliza más bien como un tamizaje para un estudio más acucioso del caso individual (Parodi, Lopez y Capurro, 1999).

Medición de pliegues cutáneos

La determinación de los pliegues cutáneos es una manera de estimar indirectamente la cantidad de grasa corporal. Los inconvenientes son la variabilidad de la medida según el profesional que la realice, la dificultad que hay para medir grandes pliegues, e incluso a veces el hecho de que la insuficiente apertura del plicómetro no permite realizar la medición y, por último, sólo mide la grasa subcutánea y no la visceral. (Rubio y Salas-Salvadó, 2007).

Existen otros métodos más complejos y más precisos como el método de impedancia bioeléctrica, DEXA, pero son métodos más costosos, de utilidad clínica limitada, relegándose su uso a la investigación (Rubio y Salas-Salvadó, 2007).

Para esta investigación se utilizó el índice de masa corporal (IMC).

Índice de masa corporal

El índice de masa corporal (IMC) es un método práctico para saber si una persona está en su peso normal, por encima o debajo de él.

Es un instrumento apto para los adolescentes. Al respecto Braguinsky (1999) afirmó: "este índice tiene varias propiedades estadísticas especialmente aplicables en la población adolescente" (p. 185).

Según Dietz y Robinson (1998), el índice de masa corporal (IMC) es el indicador recomendado por la OMS para evaluar antropométricamente el estado nutricional de una población menor de 20 años, por su simpleza, bajo costo y adecuada correlación con la grasa corporal total.

Investigaciones en relación al IMC y al autoconcepto

Al estudiar el autoconcepto, se lo puede hacer en su totalidad o analizando por separado cada una de las subescalas, Goñi Grandmontagne, Rodríguez Fernández y Ruiz de Azúa García (2004) investigaron el IMC con la subescala imagen corporal del autoconcepto, al respecto dijeron que:

> La relación observada entre el IMC y la imagen corporal es contundente. Las personas más delgadas son las que ofrecen la percepción física más positiva, mientras que las personas con sobrepeso manifiestan peor autoconcepto físico que las de peso normal y que las de peso bajo; estos datos invitan a sopesar hasta qué punto la autoaceptación depende de su adecuación a los estereotipos estéticos sociales. (p. 19)

Melgosa, (1997) aseguró haber tenido la ocasión de encontrar muchachas de peso normal que aseguraban estar gordas. El autor asoció el tema a los sentimientos de inadecuación en los adolescentes que tienen que ver con el autoconcepto.

Ríos Martínez (2008) al estudiar la ansiedad en relación al índice de masa corporal afirmó que:

> las mujeres, al tener un aumento en el índice de masa corporal (IMC), tienen mayores síntomas depresivos que los hombres. El tener obesidad, lleva a que un año después se generen síntomas de depresión o viceversa. Es decir, que el tener depresión en la adolescencia se asocia con un aumento de riesgo para el surgimiento de obesidad en la adultez joven. (p.148)

En un estudio realizado en Polonia con 8.000 adolescentes, se investigó la relación entre el índice de masa corporal y la imagen corporal, satisfacción con la vida y la autoestima de los adolescentes. Encontraron que en el grupo de obesos el porcentaje de alumnos satisfechos con su vida fue menor (76% vs 82%, p <0,001) y la baja autoestima mayor que en los alumnos no obesos (37% vs 23%, p <0,05) (Tabak, Mazur, Oblacińska.y Jodkowska, 2007).

Un estudio realizado en Australia, demostró que la obesidad tiene un impacto claro y medible sobre la autoestima. Las niñas y los niños obesos tuvieron una menor percepción de competencia atlética, apariencia física, y autoestima global. Estos resultados muestran que la asociación entre la obesidad y la autoestima de los niños que ingresan en la adolescencia es específica (Franklin, Denyer, Steinbeck, Caterson y Hill, 2006).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Esta investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo, porque pretendió describir las variables estudiadas a partir de las características observadas. También es de tipo correlacional transversal porque pretendió comparar y medir la relación de las variables a estudiar y cómo interactúan entre sí en un momento dado.

Sujetos

Los sujetos que participaron de la investigación fueron todos los alumnos de ambos sexos (77 varones y 76 mujeres) del nivel secundario del Instituto Adventista Morón, ubicado en la zona oeste de la provincia de Buenos Aires, Argentina, durante el primer semestre del año 2007.

La población fue mayoritariamente de clase media-baja, de los cuales varios alumnos eran de descendencia peruana y boliviana. Casi el 70 % pertenecía a la Iglesia Adventista del 7° día.

Las edades de los alumnos oscilaron entre los 13 y los 18 años.

Instrumentos para medir las variables

Medición del autoconcepto

Se utilizó una encuesta de opinión sobre el autoconcepto, elaborada por Piers y Harris, adaptada y validada por María Casullo (1990).

Esta encuesta estuvo integrada por 80 ítems. Cada pregunta planteó una opinión o un sentimiento respecto a sí mismo. Todos los alumnos debieron decir si lo que cada uno de esos ítems expresaba, reflejaba o no lo que ellos pensaban sobre sí mismos.

Se consideró al autoconcepto como una variable multidimensional que se operacionaliza mediante seis indicadores que hicieron posible su evaluación:

1. La percepción del *Comportamiento social* (conductas relacionadas con la convivencia), evaluados en forma positiva por los ítems 12, 21, 35, 80 y en forma negativa por los ítems 13, 14, 22, 25, 34, 38, 45, 48, 56, 59, 62 y 78.

2. Apreciación del Rendimiento o *Estatus Intelectual* (sentimientos relacionados con logros académicos), evaluados en forma positiva por los ítems 5, 12, 16, 17, ,21, 27, 30, 33, ,42, 70 y en forma negativa por los ítems 7, 9, 26, 31, 42, 49, 53 y 66.

3. Apreciación del propio cuerpo o *Imagen Corporal* (actitudes hacia el propio cuerpo y ciertas habilidades sociales), evaluados en forma positiva por los ítems 8, 15, 29, 33, 41, 49, 54, 57, 60, 63, 69 y 73.

4. Sentimientos de *Ansiedad* (reacciones predominantemente afectivas), evaluados en forma positiva por el ítem 39 y en forma negativa por los ítems 4, 6, 7, 10, 20, 28, 37, 40, 43, 50, 74 y 79.

5. Percepciones acerca del reconocimiento que otros hacen de la propia conducta o *Popularidad*, evaluados en forma positiva por los ítems 49, 51, 69, 77 y en forma negativa por los ítems 1, 3, 6, 11, 40, 46, 58 y 65.

6. Sentimientos de *satisfacción* o insatisfacción personal con la forma de vida que se lleva o *Bienestar*, evaluados en forma positiva por los ítems 2, 36, 39, 52, 60, 67, 80 y en forma negativa por los ítems 8, 43 y 50.

.

Confiabilidad y validez

La escala de Autoconcepto fue validada por Casullo (1990) de la siguiente manera: se administró a alumnos del conurbano bonaerense, cuyas edades oscilaban entre 13 y 18 años. Con un intervalo de tres meses la escala se volvió a administrar al mismo grupo de alumnos y se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.75.

La validez de contenido se estimó pidiendo a tres jueces (psicólogos) que agruparan los (80) ítems con posterioridad a un análisis de los constructos que evaluó las seis subescalas en forma independiente. Se encontró una alta correlación entre los tres jueces (0.92, 0.89, 0.93).

Medición del peso

Para esta investigación se utilizó el índice de masa corporal (IMC).

Braguinsky (1999) dijo: "el IMC sigue siendo uno de los métodos más utilizados para el diagnóstico de obesidad, tanto por su practicidad como por su aceptable correlación con mediciones más exactas de la masa grasa" (p.18).

El IMC es el resultado de una división entre el peso y la estatura del individuo elevada al cuadrado. La OMS en 1997 (citado por Farriol, 2001) estableció una clasificación del IMC, según el peso y el riesgo sanitario (ver Tabla 1).

Tabla 1

Clasificación del IMC, según el peso

Clasificación según peso	**Índice de masa corporal (IMC)**	**Riesgo Sanitario**
Bajo peso	Menos 18,5	Moderado a Alto
Peso normal	18,5 a 25	Normal a Bajo
Sobrepeso	25 a 30	Moderado
Obesidad Clase I	30 a 35	Alto
Obesidad Clase II	35 a 40	Alto a Muy alto
Obesidad Clase III	40 y más	Extremadamente Alto

Procedimientos

Procedimientos para la recolección de datos

La encuesta de Autoconcepto se aplicó a alumnos del nivel secundario del Instituto Adventista Morón en el año 2007 en forma individual y escrita. Cada alumno contestó su encuesta de forma anónima, habiendo recibido una explicación acerca de la realización del mismo. Con este instrumento se pudo determinar el concepto general que tiene cada alumno de sí mismo, como así también conocer el concepto que tienen en diferentes áreas de su vida como por ejemplo acerca de su imagen corporal.

No se consideraron las encuestas que tenían ítems omitidos o con respuestas doble (SI y NO).

Los ítems se computaron de acuerdo al autoconcepto positivo, a mayor puntaje positivo, mayor autoconcepto. El puntaje total se obtuvo sumando el total de respuestas de las seis subescalas. En los ítems positivos se sumó un punto cuando eran contestados con SI y en los negativos también un punto los contestados con NO.

A medida que los alumnos iban terminando de contestar la encuesta, pasaban a un aula para pesarse y medirse.

Para la medición del peso corporal, se utilizó una báscula de plataforma marca Atma (Balanza digital para baño BA-845) calibrada en kg (0,1 kg) y para la talla un tallímetro, calibrado en cm (0,1 cm).

El peso corporal se midió con el sujeto calzado y con ropa ligera (pantalón de gimnasia y remera). Se realizó la lectura con el sujeto inmóvil, en posición erguida, la vista al frente y colocado en el centro de la balanza.

Para medir la talla corporal, se colocó al sujeto calzado y en posición erguida, de espalda al tallímetro. El estudiante debía tener los maléolos internos juntos y talones, glúteos, hombros y región posterior de la cabeza, en contacto con la pared. Posteriormente, con ambas manos se realizó una ligera tracción hacia arriba en la mandíbula, orientando la cabeza en un ángulo aproximado de 90°, con el sujeto viendo al frente.

Los datos fueron recogidos después de la aplicación de los instrumentos y se ingresaron a la planilla de cálculos estadísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), obteniendo los resultados y recodificando las variables para realizar los análisis estadísticos.

Con respecto al autoconcepto se recodificó la variable, dado que no había cantidades iguales en los extremos correspondientes a cada percentil, agrupándose de la siguiente manera: del percentil 5 al 25 se consideró autoconcepto bajo, entre el percentil 26 y el 74 autoconcepto normal y por encima del percentil 75 se consideró un autoconcepto alto.

En relación a la variable índice de masa corporal se agruparon las clasificaciones de sobrepeso con las diferentes clases de obesidad, quedando de la siguiente manera: hasta el

índice 18,5 peso bajo, de 18,6 a 25 peso normal y con un índice superior a 25,1 se consideró sobrepeso.

Procedimiento para el análisis de los datos

La información que se obtuvo de la aplicación de los instrumentos a los 153 adolescentes fue ingresada a una base de datos del programa estadístico SPSS, versión 15 para Windows.

Se realizaron análisis de frecuencias, comparaciones de medias, desvíos, gráficos de perfiles y para evaluar la posible asociación entre variables se calculó un chi cuadrado.

CAPITULO IV

RESULTADOS

La presente investigación ha tenido como objetivos identificar el índice de masa corporal y evaluar el autoconcepto que tienen los adolescentes de 13 a 18 años, para luego establecer si existe una asociación entre el índice de masa corporal y el autoconcepto de los alumnos del Instituto Adventista Morón.

A continuación se presentan los resultados obtenidos del análisis estadístico de los datos. Los mismos se presentan según el procedimiento realizado para el estudio de las diferentes variables implicadas en el estudio.

Al comparar los resultados del baremo de Casullo (1996) (ver Tabla 2), con los resultados de la investigación realizada (ver Tabla 3), se observó que el percentil 50 de la muestra, en el puntaje total (39), posee un punto más que el percentil 5 del baremo de la autora (38). Lo cual implica que el 98 % de los sujetos encuestados se encontraban con bajo autoconcepto si se tuviera en cuenta el baremo propuesto por Casullo.

Para poder evaluar la variabilidad de dicho constructo se decidió analizar la distribución de los valores, en función de los datos obtenidos en la muestra de estudio.

Tabla 2

Baremo de María Martina Casullo (1996)

Subescalas / Percentiles	Comporta-miento	S.Intelectual	Imagen Corp.	Ansiedad	Popula-ridad	Bienestar y Satisf.	Total
5	6	7	6	4	5	5	38
10	8	8	7	7	6	6	43
25	11	10	10	8	7	7	53
50	12	12	11	10	9	8	58
75	14	14	12	11	10	9	66
90	15	15	12	12	11	10	69
95	16	16	12	13	12	11	72

Tabla 3

Datos obtenidos de la muestra de estudio

Subescalas / Percentiles	Comporta-miento	S.Intelectual	Imagen Corp.	Ansiedad	Popula-ridad	Bienestar y Satisf.	Total
5	3	6	3	3	2	4	29
10	4	6	4	3	3	4	32,4
25	5	8	5	4	3	6	36
50	6	9	7	6	4	7	39
75	8	11	8	8	5	8	43
90	9	11,6	9,6	9	6	9	46
95	10	13	10	10	7	9	48

Descripción de la muestra

La muestra de los adolescentes (*N*=153) estuvo conformada por 77 sujetos del sexo masculino (50,3 %) y 76 sujetos del sexo femenino (49,7 %), de la Escuela Secundaria (ES), correspondiente al nivel Polimodal del Instituto Adventista Morón en la provincia de Buenos Aires (ver Figura 1).

El rango de edad fue de 13 a 18 años, obteniendo una media de 15,36 y un desvío estándar de 1,554 (ver Figura 2).

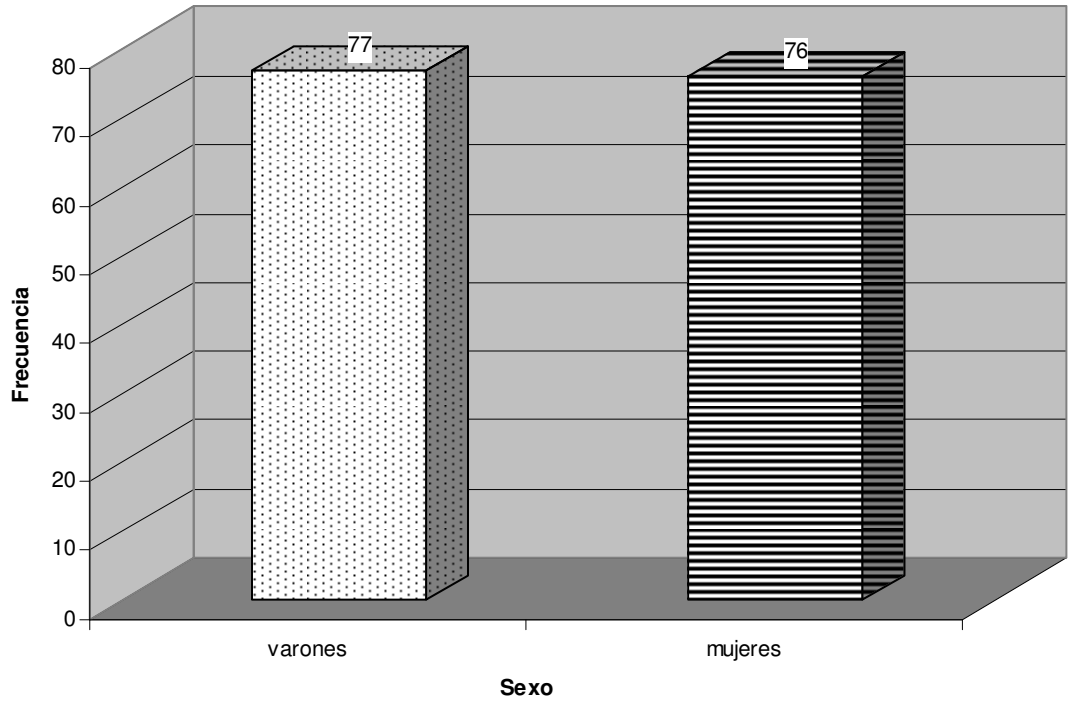

Figura 1. Representación gráfica de la frecuencia de sujetos encuestados por sexo.

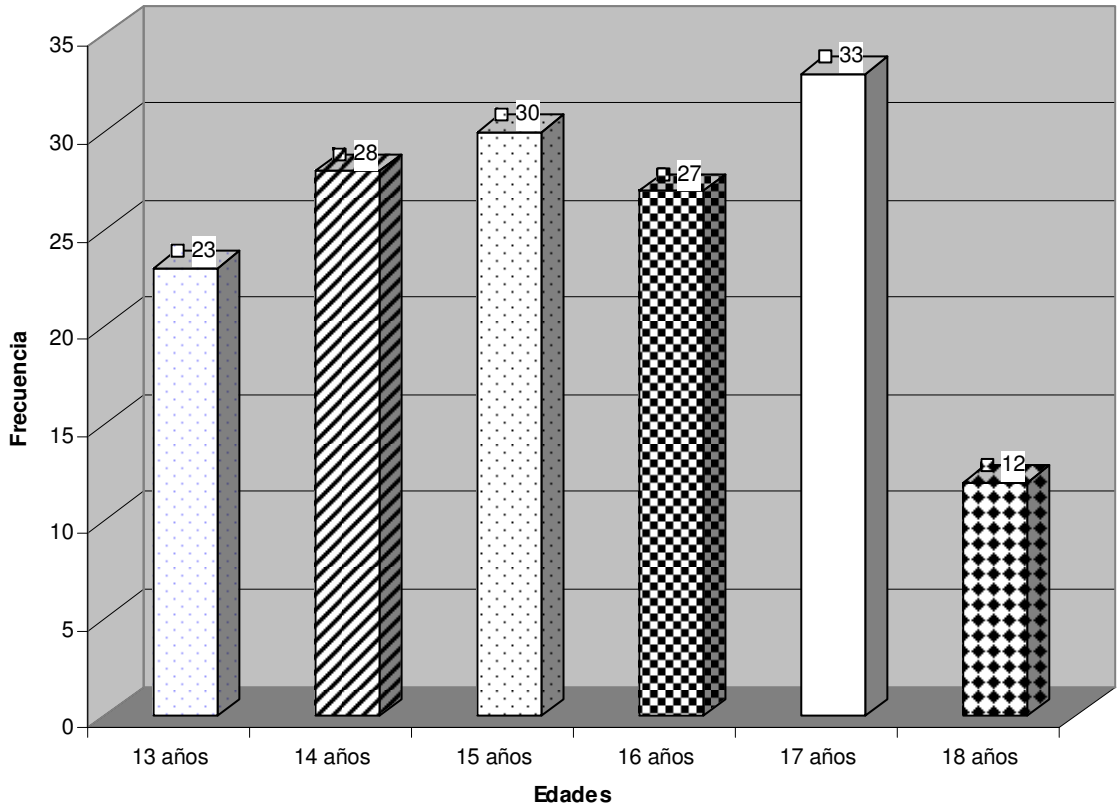

Figura 2. Representación gráfica de la frecuencia según las edades de los sujetos.

Autoconcepto

Con respecto a la variable del Autoconcepto general podemos decir que 53 sujetos tienen un Autoconcepto bajo (34,6 %, media 33,32) mientras que 61 sujetos poseen un Autoconcepto medio (39,9 %, media 39,96) y el grupo con menor frecuencia fue el de Autoconcepto alto con 39 sujetos (25,5 %, media 45,87). La media del grupo total fue de 39,17 (ver Tabla 4 y Figura 3).

Tabla 4

Comparación de medias del autoconcepto general

	Autoconcepto Bajo	Autoconcepto Normal	Autoconcepto Alto
Media	33,32	39,96	45,87

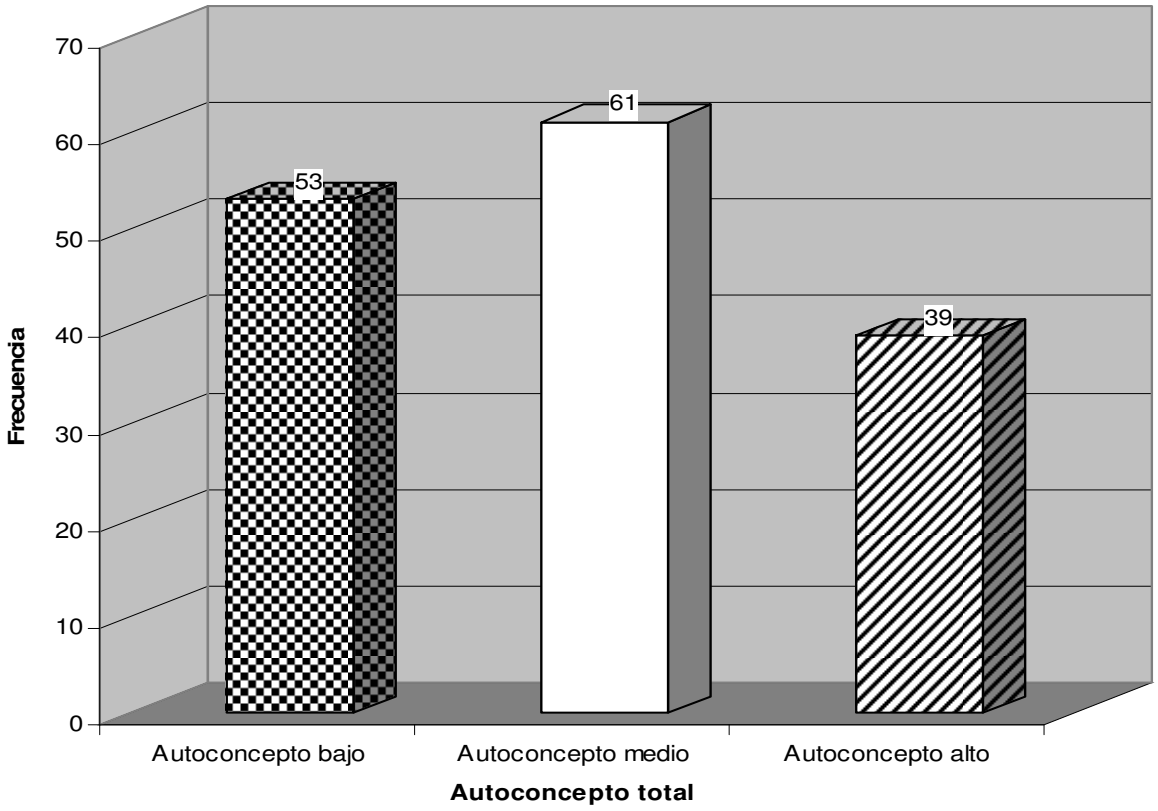

Figura 3. Representación gráfica de las frecuencias según las 3 categorías de autoconcepto.

Autoconcepto general según el sexo

De esos 53 sujetos con autoconcepto bajo, 30 correspondieron a los varones (56,6 %) y 23 a las mujeres (43,3 %). Con autoconcepto medio se encontraron 29 varones (47,5 %) y 32 mujeres (52,5 %). De los 39 alumnos con autoconcepto alto 18 sujetos fueron varones (46,2 %) y 21 mujeres (53,8 %) (Ver Tabla 5).

Tabla 5

Autoconcepto general comparado de acuerdo al sexo

Sexo	Autoconcepto Bajo		Autoconcepto Normal		Autoconcepto Alto	
	n	%	n	%	n	%
Varones	30	56,6	29	47,5	18	46,2
Mujeres	23	43,3	32	52,5	21	53,8

Desde el punto de vista estadístico no se encontró una asociación significativa entre el autoconcepto general y el sexo ($x^2_{(2)} = 1,30$; $p = 0,523$).

Subescala imagen corporal según el sexo

En la subescala imagen corporal, 69 alumnos (45,1%) tuvieron una baja imagen corporal, 30 corresponden a los varones y 39 a las mujeres. 47 alumnos manifestaron un autoconcepto medio sobre su imagen corporal (30,7 %), de los cuales 24 fueron varones y 23 mujeres. Los alumnos con alta imagen corporal fueron 37 (24,2 %), siendo 23 varones y 14 mujeres. Se pudo observar que los varones tienen una imagen corporal más alta que la de las mujeres ($x^2_{(2)} = 3,378$; $p = 0,185$) (ver Tabla 6).

Tabla 6

Subescala imagen corporal comparada por sexo

Sexo	Autoconcepto Bajo		Autoconcepto Normal		Autoconcepto Alto	
	n	%	n	%	n	%
Varones	30	43,5	24	51,1	23	62,2
Mujeres	39	56,5	23	48,9	14	37,8

Subescala estatus intelectual según el sexo

En relación al estatus intelectual, es decir, a cómo se ven ellos en su capacidad intelectual, 56 sujetos tuvieron bajo autoconcepto. De ellos, 32 fueron varones (57,1 %) y 24 fueron mujeres (42,9 %). De los 55 alumnos que tuvieron un autoconcepto medio, 26 fueron varones (47,3 %) y 29 fueron mujeres (52,7 %). Con un autoconcepto alto hubo 42 alumnos, 19 fueron varones (45,2 %) y 23 fueron mujeres (54,8 %) ($x^2_{(2)} = 1,681$; $p = 0,431$) (ver Tabla 7).

Tabla 7

Subescala estatus intelectual comparada por sexo

Sexo	Autoconcepto Bajo		Autoconcepto Normal		Autoconcepto Alto	
	n	%	n	%	n	%
Varones	32	57,1	26	47,3	19	45,2
Mujeres	24	42,9	29	52,7	23	54,8

Subescala comportamiento según el sexo

También se pudo observar en la subescala comportamiento, que el grupo mayoritario se encuentra con bajo autoconcepto. Este grupo se conforma por 62 alumnos, de los cuales 28 son varones (45,5 %) y 34 mujeres (54,8 %). 48 sujetos tuvieron un autoconcepto medio, 26 varones (54,2 %) y 22 mujeres (45,8 %) y con un autoconcepto alto 23 varones (53,5 %) y 20 mujeres (46,5 %) haciendo un total de 43 alumnos ($x^2_{(2)} = 1,117$; $p = 0,572$) (ver Tabla 8).

Se pudo ver que con respecto a las conductas relacionadas con el Comportamiento el mayor grupo de mujeres tiene un autoconcepto bajo.

Tabla 8

Subescala comportamiento comparada por sexo

Sexo	Autoconcepto Bajo		Autoconcepto Normal		Autoconcepto Alto	
	n	%	n	%	n	%
Varones	28	45,2	26	54,2	23	53,5
Mujeres	34	54,8	22	45,8	20	46,5

Subescala ansiedad según el sexo

En relación a la ansiedad se pudo ver que de los sujetos con ansiedad baja, 39 fueron varones (62,9 %) y 23 mujeres (37,1 %). Con una ansiedad media fueron iguales los valores, 24 varones y 24 mujeres. En relación a la ansiedad alta hubo 14 varones (32,6 %) y 29 mujeres (67,4 %). Se pudo observar una asociación significativa entre el sexo y la ansiedad, siendo mayor en las mujeres que en los hombres ($x^2_{(2)} = 9,355$; $p = 0,009$) (ver Figura 4).

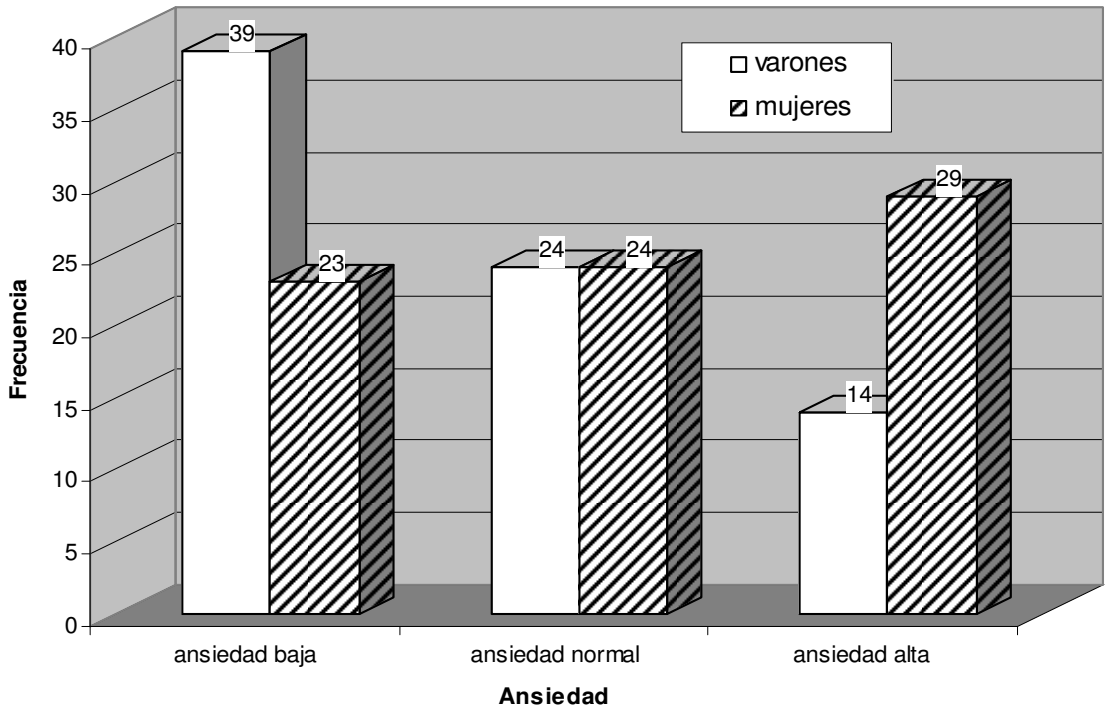

Figura 4. Representación gráfica de la frecuencia de la Ansiedad según el sexo.

Subescala popularidad según el sexo

Para el factor popularidad, hubieron 46 varones (50 %) y 45 mujeres (49,5 %) con un concepto bajo, para el concepto de popularidad medio 15 fueron varones (51,7 %) y 14 fueron mujeres (48,3 %) y para el concepto alto 16 fueron varones (48,5 %) y 17 fueron mujeres (51,5 %) ($x^2_{(2)} = 0,69$; $p = 0,966$).

Subescala bienestar y satisfacción según el sexo

En la última subescala bienestar y satisfacción, se observó que para el concepto bajo 33 fueron varones (47,8 %) y 36 fueron mujeres (52,2 %), para el concepto medio 16 fueron varones (48,5 %) y 17 mujeres (51,5 %) y para el concepto alto 28 fueron varones (54,9 %) y 23 mujeres (45,1 %) ($x^2_{(2)} = 0,644$; $p = 0,725$) (ver Tabla 9).

Tabla 9

Subescala bienestar y satisfacción comparada por sexo

Sexo	Autoconcepto Bajo		Autoconcepto Normal		Autoconcepto Alto	
	n	%	n	%	n	%
Varones	33	47,8	16	48,5	28	54,9
Mujeres	36	52,2	17	51,5	23	45,1

Índice de masa corporal

Las frecuencias del índice de masa corporal se presentaron de la siguiente manera: 26 de los sujetos (17 %) se ubicaron en el rango de bajo peso, 102 de los alumnos (66,7 %) tenían un peso normal y 25 alumnos (16,3 %) estaban con sobrepeso (ver Figura 5).

El índice de masa corporal tuvo un desvío estándar de 3.89, una media de 22.13, un valor mínimo de 15,63 puntos y un máximo de 38,27 puntos.

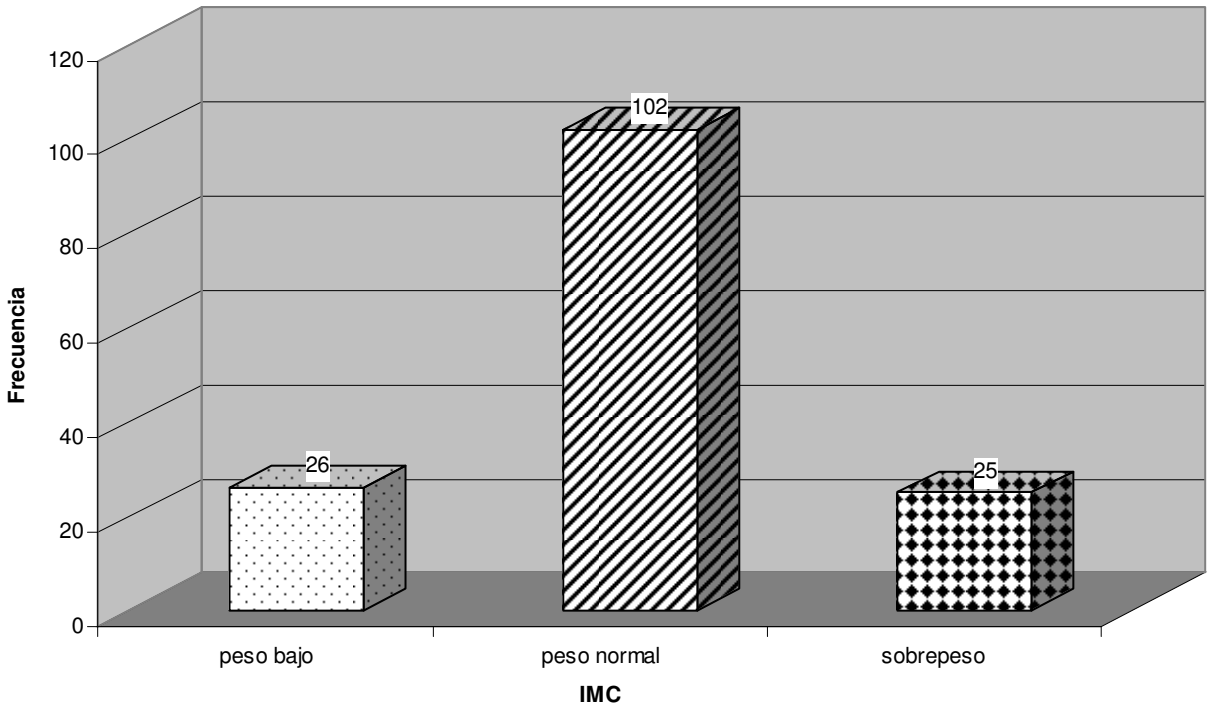

Figura 5. Representación gráfica de la frecuencia del Índice de masa corporal.

Índice de masa corporal según el sexo

Al comparar el índice de masa corporal en función del sexo se observó que no existen diferencias significativas en el índice de masa corporal entre varones y mujeres ($t_{(151)} = 0,920$; $p = 0,359$).

Si se observa la distribución de varones y mujeres según las categorías del índice de masa corporal de los sujetos con bajo peso, 11 corresponden a los varones y 15 a las mujeres. De los que tenían peso normal, había una igualdad tanto para los varones como para las mujeres de 51 sujetos cada uno y de los que tenían sobrepeso, 15 fueron varones y 10 mujeres (ver Tablas 10, 11 y Figura 6).

Tabla 10

IMC según el sexo

Sexo	Varón		Mujer			
	Media	Desvío	Media	Desvío	t	p
IMC	22,41	3,66	21,83	4,13	0.920	0.359

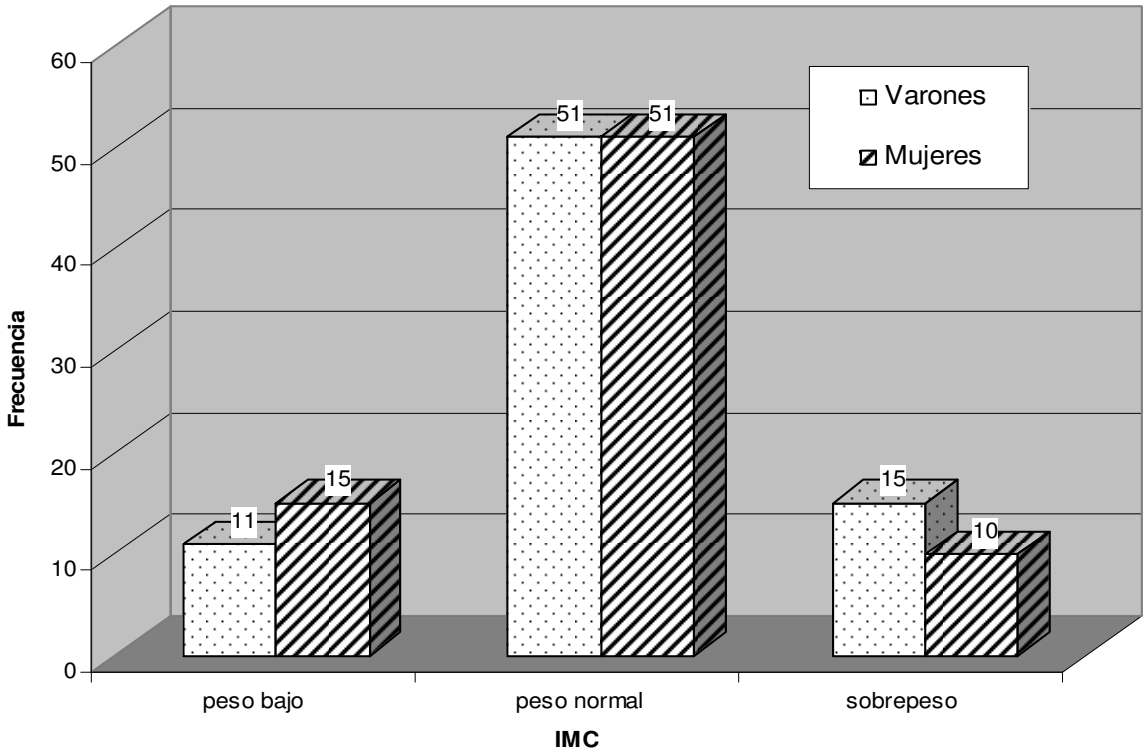

Figura 6. Representación gráfica de la frecuencia del IMC según el sexo.

Tabla 11

IMC según el sexo

Sexo	Bajo Peso		Peso Normal		Sobrepeso	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Varones	11	14,3	51	66,2	15	19,5
Mujeres	15	19,7	51	67,1	10	13,2

Índice de masa corporal por edad

Al evaluar si existían diferencias significativas en el índice de masa corporal en función de la edad, los análisis estadísticos realizados mostraron diferencias significativas en el índice de masa corporal, aumentando éste en función de la edad ($F_{(5)} = 3,96$; $p = 0,002$).

Las diferencias significativas se presentaron entre las edades de 13 años (ME = 20,39) y 18 años (ME = 25,88); entre 14 años (ME =21,76) y 18 años (ME = 25,88) y entre 15 años (ME = 21,37) y 18 años (ME = 25,88) (ver Tabla 12 y Figuras 7 y 8).

Tabla 12

IMC según las diferentes edades

Edades	Media	Desvío
13	20,39	2,92
14	21,76	3,50
15	21,37	3,59
16	22,34	4,21
17	22,78	4,14
18	25,88	3,44

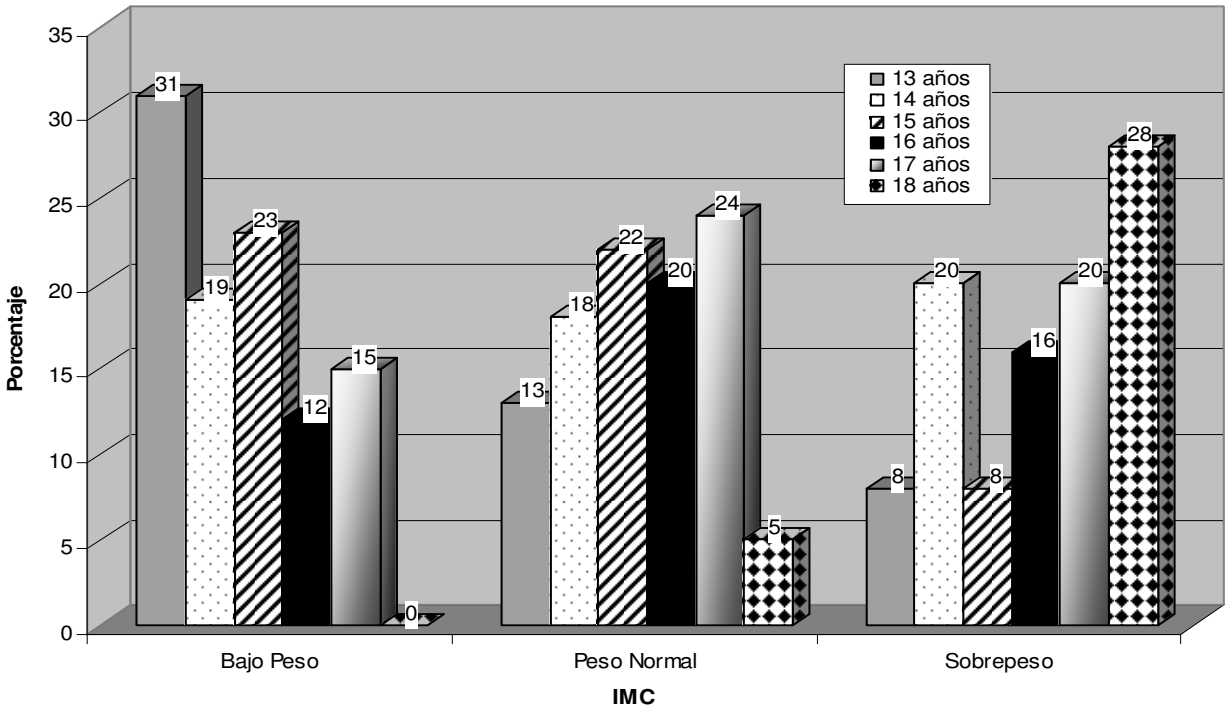

Figura 7. Representación gráfica de barras comparativas entre el IMC y las edades, en porcentajes.

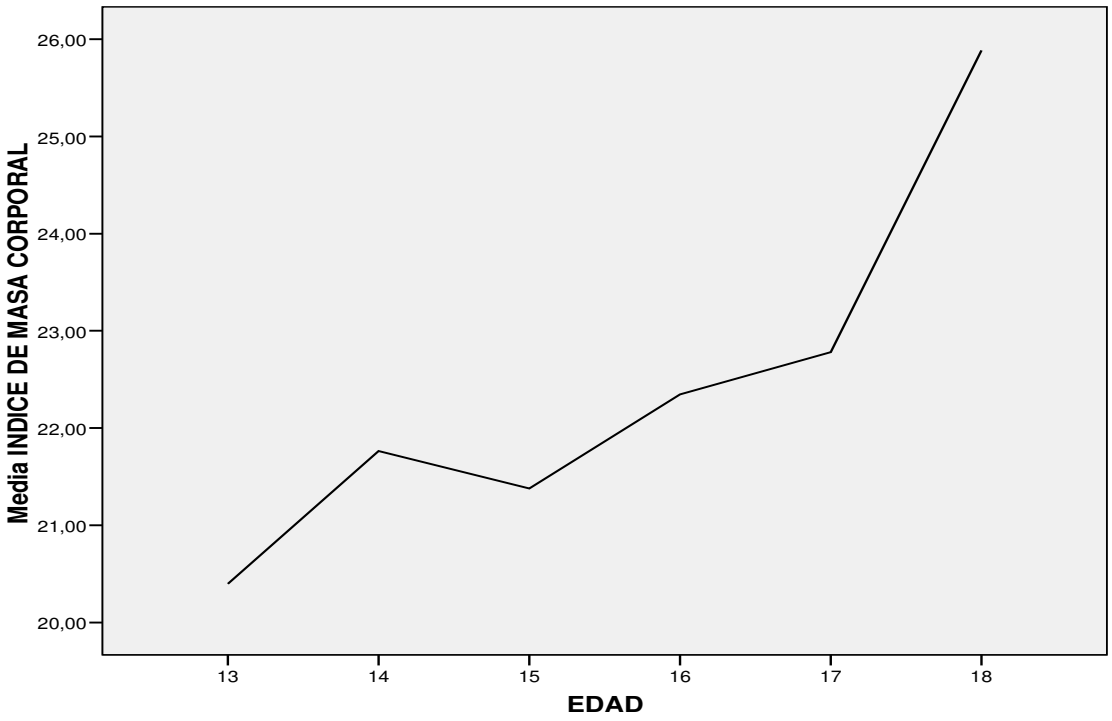

Figura 8. Representación gráfica lineal de las medias del IMC según las edades.

Asociación entre índice de masa corporal y autoconcepto

En relación a la asociación entre índice de masa corporal y autoconcepto en los estudiantes del Instituto Adventista Morón, se puede decir que 26 alumnos poseen bajo peso, de los cuales, 6 tuvieron un autoconcepto bajo (23,1 %), 15 de ellos manifestaron un autoconcepto normal (57,7 %) y 5 alumnos reflejaron un autoconcepto alto (19,2 %). Todos éstos representan al 17 % de la población.

Se encontró que 102 alumnos tenían un peso normal, fue el grupo mayoritario de la población (66,7 %). Aunque con un peso normal, 37 sujetos tuvieron un autoconcepto bajo (36,3 %), 41 alumnos obtuvieron un autoconcepto normal (40,2 %) y 24 adolescentes tuvieron un autoconcepto alto (23,5 %).

Los sujetos con sobrepeso representaron el 16,3 % de la muestra. Se pudo observar que 10 alumnos con sobrepeso tuvieron un autoconcepto bajo (40 %), 5 sujetos con sobrepeso obtuvieron un autoconcepto normal (20 %) y 10 alumnos con sobrepeso tuvieron un autoconcepto alto (40 %).

Según estos datos no se observó una asociación significativa entre el índice de masa corporal y el autoconcepto ($x^2_{(4)} = 8,458$; $p = 0,076$) (ver Tabla 13).

Tabla 13

Índice de masa corporal comparado con el autoconcepto general

IMC / Autoconcepto	Peso bajo		Peso normal		Sobrepeso	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	6	23,1	37	36,3	10	40
Normal	15	57,7	41	40,2	5	20
Alto	5	19,2	24	23,5	10	40

Asociación entre IMC y la subescala imagen corporal

Al comparar el índice de masa corporal con la subescala de imagen corporal se pudo ver que de los 26 alumnos con bajo peso, 9 de ellos manifestaron tener una imagen corporal baja y una imagen corporal media (34,6 %), y 8 alumnos con peso bajo obtuvieron una imagen corporal alta (30,8 %).

De los 102 adolescentes con peso normal, 46 de ellos expresaron tener una imagen corporal baja (45,1 %), 33 manifestaron tener una imagen corporal media (32,4 %), y 23 alumnos tuvieron una imagen corporal alta (22,5 %).

De los alumnos con sobrepeso, el grupo mayoritario fue el de los 14 alumnos que manifestaron una imagen corporal baja (56 %), 5 alumnos con sobrepeso tuvieron una imagen corporal media (20 %) y 6 adolescentes tuvieron una imagen corporal alta (24 %), a pesar del sobrepeso (ver Tabla 14 y Figura 9).

Desde el punto de vista estadístico no se encontró una asociación significativa entre el índice de masa corporal y la imagen corporal ($x^2_{(4)} = 3,02$; $p = 0,554$).

Tabla 14

Índice de masa corporal comparado con la subescala de imagen corporal

IMC / Imagen Corp.	Peso bajo		Peso normal		Sobrepeso	
	n	%	n	%	n	%
Baja	9	34,6	46	45,1	14	56
Media	9	34,6	33	32,4	5	20
Alta	8	30,8	23	22,5	6	24

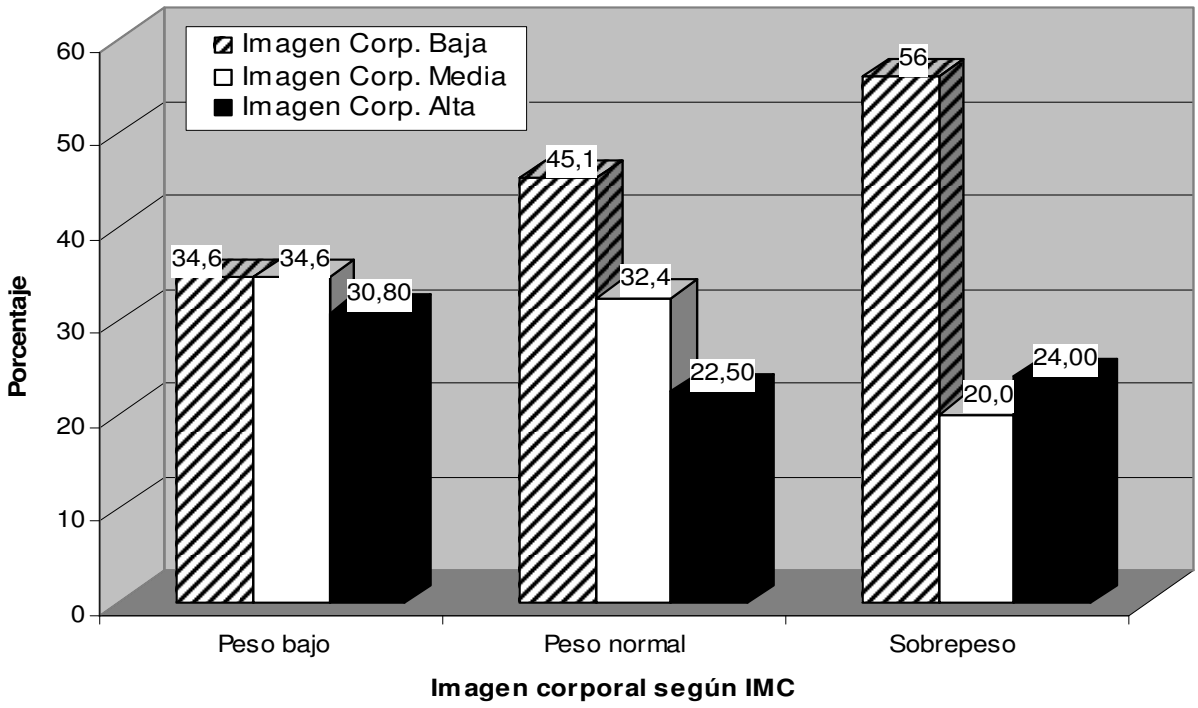

Figura 9. Representación gráfica entre el IMC y la Imagen Corporal en porcentaje.

Asociación entre IMC y la subescala
estatus intelectual

Al analizar el índice de masa corporal con la subescala estatus intelectual, se observó que de los 26 alumnos con sobrepeso, 6 de ellos presentaron un bajo estatus intelectual (23,1 %), 13 de ese grupo presentó un estatus intelectual medio (50 %) y 7 alumnos un estatus intelectual alto (26,9 %).

De los alumnos con peso normal, 40 presentaron un bajo estatus intelectual (39,2 %), 34 manifestaron un estatus intelectual medio (33,3 %) y 28 alumnos tuvieron un estatus intelectual alto (27,5 %).

De los alumnos con sobrepeso, diez tuvieron un estatus intelectual bajo (40 %), 8 un estatus intelectual medio (32 %) y 7 alumnos manifestaron tener un alto estatus intelectual alto (28 %) (ver Tabla 15).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el índice de masa corporal y la subescala estatus intelectual ($x^2_{(4)} = 3,305$; $p = 0,508$).

Tabla 15

Índice de masa corporal comparado con la subescala de estatus intelectual

IMC / Estatus I.	Peso bajo		Peso normal		Sobrepeso	
	n	%	n	%	N	%
Bajo	6	23,1	40	39,2	10	40
Medio	13	50	34	33,3	8	32
Alto	7	26,9	28	27,5	7	28

Asociación entre IMC y la subescala comportamiento

Al comparar la subescala de comportamiento con el índice de masa corporal se pudo observar que de los 26 alumnos con peso bajo, 9 de ellos tenían una percepción baja del comportamiento social (34,6 %), 12 manifestaron una percepción media (46,2 %) y 5 alumnos tuvieron una percepción alta (19,2 %).

Los alumnos con peso normal fueron 102 alumnos, 40 de ellos obtuvieron una percepción baja del comportamiento social (39,2 %), 33 de los sujetos tuvieron una percepción media (32,4 %) y 29 alumnos manifestaron una percepción alta del comportamiento (28,4 %).

De los 25 alumnos con sobrepeso, 13 de ellos manifestaron tener un bajo comportamiento social (52 %), 3 de los sujetos presentaron una percepción media (12 %) y 9 alumnos tuvieron una percepción social alta (36 %) (ver tabla 16).

Desde el punto de vista estadístico no se encontró una asociación significativa entre el índice de masa corporal y la subescala comportamiento ($x^2_{(4)} = 7,199$; $p = 0,126$).

Tabla 16

Índice de masa corporal comparado con la subescala comportamiento

IMC / Comportamiento	Peso Bajo		Peso Normal		Sobrepeso	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	9	34,6	40	39,2	13	52
Medio	12	46,2	33	32,4	3	12
Alto	5	19,2	29	28,4	9	36

Asociación entre IMC y la subescala ansiedad

En relación a la asociación entre el índice de masa corporal y la ansiedad, de los alumnos con peso bajo, 13 tuvieron una ansiedad baja (50 %), 8 sujetos con peso bajo tuvieron un sentimiento medio de ansiedad (30,8 %) y 5 sujetos manifestaron una ansiedad alta (19,2 %).

De los 102 alumnos con peso normal, 39 tuvieron un sentimiento bajo de ansiedad (38,2 %), 31 alumnos manifestaron una ansiedad media (30,4 %) y 32 sujetos una ansiedad alta (31,4 %).

Del grupo con sobrepeso 10 de ellos tuvieron un sentimiento de ansiedad bajo (40 %), 9 de los adolescentes una ansiedad media (36 %) y 6 alumnos con sobrepeso tuvieron un sentimiento de ansiedad alta (24 %) (ver Tabla 17).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el índice de masa corporal y la subescala ansiedad ($x^2_{(4)} = 2,181$; $p = 0,703$).

Tabla 17

Índice de masa corporal comparado con la subescala ansiedad

IMC / Ansiedad.	Peso Bajo		Peso Normal		Sobrepeso	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	13	50	39	38,2	10	40
Medio	8	30,8	31	30,4	9	36
Alto	5	19,2	32	31,4	6	24

Asociación entre IMC y la subescala popularidad

Al comparar la subescala popularidad con el índice de masa corporal se observó que de los 26 alumnos con peso bajo, 16 de ellos percibieron una baja popularidad (61,5 %), cuatro percibieron una popularidad media (15,4 %) y 6 alumnos se percibieron con una alta popularidad (23,1 %).

De los alumnos con peso normal, 60 percibieron una popularidad baja (58,8 %), 21 jóvenes manifestaron una popularidad media y otros 21 alumnos una popularidad alta (20,6 %).

Los alumnos con sobrepeso fueron 25, de los cuales 15 tuvieron un autoconcepto bajo (60 %), cuatro una popularidad media (16 %) y 6 de ellos se vieron con una popularidad alta (24 %) (ver Tabla 18).

Desde el punto de vista estadístico no se encontró una asociación significativa entre el índice de masa corporal y la subescala popularidad ($x^2_{(4)} = 0,602$; $p = 0,963$).

Tabla 18

Índice de masa corporal comparado con la subescala popularidad

IMC / Popularidad.	Peso Bajo		Peso Normal		Sobrepeso	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	16	61,5	60	58,8	15	60
Medio	4	15,4	21	20,6	4	16
Alto	6	23,1	21	20,6	6	24

Asociación entre IMC y la subescala
bienestar y satisfacción

Para finalizar, se comparó la subescala de bienestar y satisfacción con el índice de masa corporal. De los alumnos con bajo peso, 10 tuvieron un sentimiento de satisfacción bajo (38,5 %), 7 de ellos sintieron una satisfacción media (26,9 %) y 9 alumnos tuvieron una satisfacción alta (34,6 %).

De los alumnos con peso normal, 48 tuvieron un sentimiento de satisfacción bajo (47,1 %), 21 de ellos sintieron satisfacción media (20,6 %) y 33 alumnos tuvieron sentimientos de satisfacción alto con la vida (32,4 %).

De los alumnos con sobrepeso 11 de ellos tuvieron satisfacción baja (44 %), 5 una satisfacción media (20 %) y 9 alumnos una satisfacción alta (36 %) (ver Tabla 19).

No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el índice de masa corporal y la subescala bienestar y satisfacción ($x^2_{(4)} = 0,863$; $p = 0,930$).

Tabla 19

Índice de masa corporal comparado con la subescala bienestar y satisfacción

IMC / Bienestar y S.	Peso Bajo		Peso Normal		Sobrepeso	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	10	38,5	48	47,1	11	44
Medio	7	26,9	21	20,6	5	20
Alto	9	34,6	33	32,4	9	36

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Discusión

Según lo estudiado, el autoconcepto está asociado a la valoración que recibe el individuo de las personas importantes de su entorno social (como son los padres, profesores, compañeros, entre otros), formando en el ser humano el concepto de sí mismo.

El propósito de este estudio fue investigar si existe una asociación entre el índice de masa corporal en los adolescentes (de entre 13 y 18 años, de ambos sexos, pertenecientes el nivel secundario) y el autoconcepto; discriminando si los factores asociados al autoconcepto (bienestar y satisfacción, comportamiento, estatus intelectual, imagen corporal, ansiedad, popularidad), se asocian al índice de masa corporal.

El propósito de ahondar en estos aspectos, es la búsqueda de datos que puedan contribuir a la realización de un programa adaptado al currículo de actividad física, orientado a los alumnos del nivel secundario, con la intención que puedan sentirse mejor y más aceptados, favoreciendo una mejor autopercepción de los adolescentes.

La muestra de este estudio fue sometida a una evaluación psicométrica a través del Test de Autoconcepto adaptado por Casullo (1992), y luego se obtuvo el Índice de Masa Corporal (IMC) de la muestra.

En cuanto al autoconcepto general, la mayoría de los adolescentes mostró un autoconcepto normal; con menor cantidad, pero no tan alejado, estuvo el grupo de alumnos con autoconcepto bajo, y el grupo minoritario fue el de alumnos con autoconcepto alto.

Dado que la media del grupo total es un poco menor que la mitad del puntaje máximo posible del autoconcepto, se puede inferir que el autoconcepto de los adolescentes tiende a estar por debajo de lo normal. Esto demuestra que es un grupo que podría presentar algunos desajustes en relación a lo que cree de sí mismo, lo cual sería factible de ser considerado propio de la edad y característico del período adolescente.

Ya que, por lo anteriormente expuesto, durante la adolescencia aumentan las exigencias sociales, esperándose que el joven defina una vocación, aprenda a relacionarse con el sexo opuesto, defina una identidad personal, adquiera autonomía, etc. Todas estas exigencias asociadas al desarrollo del pensamiento hipotético-deductivo, tienden a generar un ideal del yo muy alto, el cual muchos jóvenes sienten que no pueden alcanzar. Este ideal del yo puede constituirse en una fuente potencial de amenazas para la percepción del adolescente (Haeussler y Milicic, 1995, citados por Montt y Ulloa Chávez, 1996).

En cuanto a las diferencias en el autoconcepto según el sexo, éstas no son mayores, aunque las mujeres tuvieron un mejor autoconcepto que los varones.

Subescalas de autoconcepto comparadas por sexo

Estatus intelectual, comportamiento, popularidad y bienestar y satisfacción

En relación al estatus intelectual y escolar, que refleja los sentimientos relacionados con logros académicos, no hubo diferencia significativa entre mujeres y varones; sin embargo estos últimos demostraron tener un autoconcepto bajo de su capacidad intelectual.

Las razones de ello no están claras, pero involucran a varios factores. Un estudio realizado por Au (1995, citado por Perez y Urquijo, 2001) sobre el efecto del fracaso académico y las atribuciones causales sobre la desesperanza aprendida de quienes tienen bajo desempeño académico, indicó que los varones tienen más experiencias de fracaso académico y desesperanza aprendida que las mujeres.

Posiblemente esto se deba a que las mujeres parecen ser más dedicadas, prolijas y estudiosas que los varones. Desde el nivel inicial o en los primeros años de la escuela primaria se observa una diferencia entre los varones y las mujeres con respecto a la responsabilidad para con el estudio.

Los chicos adolescentes se autoevalúan más inadaptados escolarmente que las chicas, presentando mayor aversión a la instrucción, falta de motivación por el saber y mayor indisciplina (Eagly y Steffen, 1986; Hyde, 1984; Whiting y Edwards, 1988, todos citados por Siverio Eusebio y García Hernández, 2007). Estas características psicológicas propias de casa sexo, condicionan los diferentes abordajes, compromisos y desempeño académicos, pudiéndose inferir que son las habilidades de las mujeres las más "adaptadas" y valoradas por la institución educativa, por lo cual los varones tendrían un concepto de sí mismos que no satisfaría las expectativas de la misma.

Cuando llegan al secundario, esto se acentúa. En el Instituto Adventista Morón las mujeres tienen un promedio de calificaciones más alto que los varones en cada curso y en cuanto a los que repiten de año, la mayoría son varones.

Con respecto a la subescala comportamiento, que evalúa conductas relacionadas con la convivencia, las mujeres manifestaron muy poca diferencia de su autoconcepto en relación a los varones. No obstante se pudo ver que el mayor grupo de mujeres tiene un autoconcepto

bajo. Por lo general las chicas son más tranquilas, colaboradoras, ordenadas, y socialmente se espera eso. Posiblemente esto contribuya a que las adolescentes sientan cierta presión social.

En el factor popularidad, que refleja la autoevaluación en función de la comparación de pares, no hubo diferencias significativas, ya que afecta a los dos grupos por igual. En cada una de las categorías se encontraron valores muy similares, el grupo mayoritario fue el de la percepción baja de la popularidad, tanto los varones como las mujeres.

Esto posiblemente se deba a que durante la adolescencia se valora mucho ser popular. La popularidad refleja la manera en que un individuo es considerado dentro de la estructura de iguales más amplia y la manera en que el grupo lo trata (Lerner y cols., 1991; Wentzel y Erdley, 1993, todos citado por Coleman y Hendry, 2003).

El adolescente constantemente se evalúa, clarifica sus valores personales, necesita la aceptación por parte del grupo, resultando muy vulnerable a la presión de sus compañeros (Mestre Escrivá, Samper García y Pérez Delgado, 2001).

En la subescala bienestar y satisfacción, que evalúa la posibilidad de sentirse satisfecho con la forma de vida que se lleva, si bien no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados de los varones y las mujeres, se pudo ver que los varones aparentemente tienen, en relación a la forma de vida, una satisfacción mayor que las mujeres.

Fierro y Cardenal (1993, citados por Fierro y Cardenal, 1996), también encontraron que los varones se muestran con más alto grado de satisfacción que las mujeres.

En cuanto a las diferencias de satisfacción con la vida entre varones y mujeres, Ferrer (1994, citado por Tarazona, 2005) corroboró que el género influye en los rasgos psicológicos de forma diferencial durante la adolescencia.

La variable imagen corporal indaga actitudes hacia el propio cuerpo así como ciertas habilidades sociales. El grupo femenino tuvo una percepción más disconforme de su imagen corporal en comparación con los varones, aunque no fue estadísticamente significativa.

El físico y la imagen corporal son una preocupación importante para muchos adolescentes. Tener sobrepeso o un peso inferior a lo normal puede influir sustancialmente en la imagen de ellos mismos y afectar a sus oportunidades sociales (Seiffge-Krenke, 1998, citado por Coleman y Hendry, 2003).

Los adolescentes se encuentran atravesando múltiples cambios corporales, acompañados de una reestructuración de su esquema corporal, el cual puede coincidir en mayor o menor medida con la imagen real. Estos cambios evolutivos cobran gran importancia en la sociedad que pugna por la estética y valoriza por sobre todo un cuerpo ideal, esbelto y delgado que en muchos casos resulta inalcanzable (Tapia, Florentino y Correché, 2003).

En el caso de las mujeres adolescentes, la imagen corporal tiene que ver con la deseabilidad social, con la necesidad de dar buena imagen de ellas mismas; una cierta necesidad de las chicas de confirmar su identidad con la opinión y la mirada de los otros, es decir una dependencia social en la construcción de su autoestima y una tendencia a mostrar una conducta más complaciente con las demandas de otras personas (Cowan y Avants, 1988; McCoby, 1988, citados por Siverio Eusebio y García Hernández, 2007)

Casillas, Montaño, Reyes, Bacardí y Jiménez (2006), confirmaron lo mencionado anteriormente, en un estudio realizado donde las mujeres presentaron un mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal que los hombres ($p < 0.01$).

La ansiedad se relaciona con reacciones predominantemente afectivas, y se pudo observar que las mujeres presentan más ansiedad que los varones. Las diferencias entre los varones y mujeres fueron estadísticamente significativas.

Esto coincide con lo que mencionó Ríos Martínez (2008), que según la escala de ansiedad de Hamilton ($p = .024$), existen mayores niveles de ansiedad en las mujeres.

En el caso de las mujeres, existen trastornos que pueden estar asociados a la ansidedad. Melgosa (1997) escribió sobre la anorexia y la bulimia en las mujeres, y menciona que ambas están relacionadas con la depresión y la ansiedad. De alguna manera, estos trastornos están asociados a la exaltación de imágenes irreales de modelos, que se retroalimentan en las adolescentes.

Además, Pichardo (2000) señaló que es mayor el grado de adaptación personal de los varones con respecto a las mujeres, lo que llevaría a que éstas sean más propensas a padecer grados elevados de ansiedad, inestabilidad emocional o depresión.

Índice de masa corporal

La media del índice de masa corporal (IMC) de la muestra está dentro del índice normal. No existen diferencias significativas entre sexos y en esta muestra son pocos los casos extremos.

El grupo mayoritario de adolescentes de ambos sexos tuvo un índice de masa corporal normal. Las mujeres mostraron un índice de masa corporal más bajo que el de los varones. Las mujeres, por diferentes motivos, desean verse mejor, se cuidan más en su aspecto físico, les preocupa mucho engordar, mientras que para los varones no es un factor tan importante.

Al comparar el IMC por edad es interesante notar las diferencias existentes. Se observó que hubo diferencias estadísticamente significativas entre los 13 y los 18 años, entre los 14 y los 18 años y entre los 15 y los 18 años, y se ve una tendencia marcada que indica que a medida que aumentan los años de edad, también aumenta el índice de masa corporal.

Parecería que el ingreso a la adolescencia, podría tener influencia en el peso. Uno de los indicadores tiene que ver con el crecimiento desproporcionado propio del desarrollo biológico. Este período comienza con los cambios físicos de la pubertad y las reacciones psicológicas asociadas a éstos, para terminar cuando el individuo cristaliza y define su identidad (Toro y Yepes, 1994).

Mientras que los valores de el grupo de 14 a 17 años revelaron que está en los parámetros de peso normales, es notable que el grupo de 18 años mostrara índices altos de sobrepeso.

Asociación entre el IMC y el autoconcepto

No existe asociación estadísticamente significativa entre el índice de masa corporal y el autoconcepto general, en los alumnos del colegio Adventista de Morón. Al observar a los alumnos con sobrepeso se vio que tenían valores de autoconcepto tanto bajos como altos.

Esto coincide con la conclusión a la que arribaron Renman, Engstrom, Silfverdal y Aman (2001), que en todos los aspectos de la autoestima, salud mental, social y académico no hubo diferencias entre los adolescentes obesos y sus pares de peso normal.

Aguilar-Ye y Puig-Sosa (2002) llegaron a la conclusión que no existe relación entre el IMC y la autoestima, aunque esta última parece disminuir al aumentar el IMC.

IMC y subescalas de autoconcepto

La imagen corporal personal corresponde a la imagen mental de uno mismo hacia su cuerpo. Factores socioculturales influyen sobre la percepción de la imagen corporal de cada uno. En este sentido se pudo observar que la mayoría de los alumnos con sobrepeso posee una imagen corporal baja. También es llamativo que un número interesante de alumnos tenían una

imagen corporal baja a pesar de tener un peso normal. A medida que aumenta el índice de masa corporal, tiende a disminuir la imagen corporal.

En las demás subescalas (estatus intelectual, comportamiento, popularidad, bienestar y satisfacción) no se percibieron diferencias significativas entre los alumnos que tenían bajo peso, peso normal o sobrepeso.

En el caso de la subescala ansiedad no hubo una asociación estadísticamente significativa con el índice de masa corporal, sin embargo en el grupo de alumnos con peso bajo, la mayoría mostró poca ansiedad.

El grupo mayoritario de los que presentaron sobrepeso tuvieron una ansiedad baja. A diferencia de varios autores que mencionan que el sobrepeso está relacionado con la ansiedad, no se ha dado el caso en esta muestra de estudio.

Conclusiones

De acuerdo con los datos obtenidos a partir del estudio realizado con adolescentes de entre 13 y 18 años de ambos sexos del Instituto Adventista de Morón, en relación a las variables que se estudiaron para detectar si existe una asociación entre el índice de masa corporal y el autoconcepto, las conclusiones son las siguientes:

1. El grupo mayoritario de los adolescentes de la muestra, presenta un autoconcepto normal a bajo.

2. No se observa una diferencia estadísticamente significativa en el autoconcepto (bajo, normal y alto), entre mujeres y varones.

3. Las mujeres aparentemente tienen un mejor autoconcepto general, que los varones.

4. Las mujeres presentan una imagen corporal más baja que los varones.

5. Las adolescentes presentan un grado de ansiedad significativamente mayor que el de los varones.

6. No existe una asociación estadísticamente significativa entre las subescalas imagen corporal, estatus intelectual, comportamiento, popularidad, bienestar y satisfacción con el sexo.

7. Los varones aparentemente estarían más satisfechos con la forma de vida que las mujeres (variable satisfacción y bienestar).

8. La mayoría de los adolescentes de la muestra investigada están dentro de los parámetros normales del índice de masa corporal.

9. De acuerdo a los análisis estadísticos realizados, existe una diferencia significativa entre el índice de masa corporal y la edad donde, a mayor edad, mayor es el índice de masa corporal.

10. No existe asociación entre el índice de masa corporal y el autoconcepto en general, ni con respecto al sexo.

Recomendaciones

A partir del presente estudio y en función de futuras investigaciones, pueden formularse las sugerencias que aparecen a continuación.

Si bien no se ha arribado a resultados estadísticamente significativos en cuanto a lo cuantitativo, se podría reconocer y tener en cuenta los datos cualitativos en relación a aquellos grupos más reducidos que perciben cierta distorsión en su autoconcepto y buscar, a través de una adaptación curricular cambios de actitudes, conductas y pensamientos de parte de los adolescentes.

En relación a los adolescentes con sobrepeso o con peso bajo, se podría realizar un programa especial de actividad física, en el cual puedan abordar la mejora del autoconcepto y el índice de masa corporal, teniendo en cuenta sus capacidades y limitaciones.

Numerosos estudios han indicado que existe una relación positiva entre la participación en actividades físicas y deportivas, y el desarrollo del autoconcepto (Escartí, 2006).

Este estudio compete al profesor de Educación Física, que en la mayoría de los casos busca un rendimiento físico cuantitativo, y minimiza el aspecto psicológico, tan vulnerable en esta etapa adolescente.

Además podría abordarse desde distintas áreas escolares, desde una transversalidad, a fin de buscar la mejora del autoconcepto en los alumnos que presentan normalidad de peso.

Se recomienda estudiar mejor las diferencias entre varones y mujeres, seleccionando otros grupos de instituciones no adventistas y compararlos.

Una variable demográfica que no se consideró fue la práctica religiosa. Esta podría haber aportado algún dato relevante en cuanto a la calidad de vida en general, ya que ésta pudo haber influenciado positivamente en los datos. Se presupone que la mayoría de los jóvenes que concurren a la institución educativa religiosa tienen una creencia basada en principios y valores, no sólo doctrinales sino morales. Esto se considera importante ya que la religión Adventista promueve el cuidado de la salud del individuo de una manera integral en donde se contempla lo físico, intelectual, psíquico-emocional, espiritual y social. Lo que se podría inferir es que pudo haber influido en los resultados.

Sería conveniente tomar una muestra con más casos extremos (bajo peso y sobrepeso) y estudiar el autoconcepto en estos casos en particular.

La recomendación más importante es la de realizar este mismo estudio, pero a mayor escala, en una muestra seleccionada de forma aleatoria para conocer si los resultados se repiten.

En investigaciones futuras se podría profundizar los hallazgos de este estudio.

APÉNDICE A

INSTRUMENTO

Instrumento

Instrumento para medir el Autoconcepto

ENCUESTA:

(Cómo me siento)
Nombre:……
Sexo……Edad…….Curso……..…Fecha……..
Examinador……..

1. Mis compañeros de clase me toman el pelo.	SI - NO
2. Soy una persona feliz.	SI - NO
3. Me cuesta tener amigos/as.	SI - NO
4. A menudo estoy triste.	SI - NO
5. Soy inteligente.	SI - NO
6. Soy tímido/a.	SI - NO
7. Me pongo nervioso/a cuando el/la profesor/a me llama.	SI - NO
8. Me gusta la pinta que tengo.	SI - NO
9. Me pongo mal cuando tenemos exámenes en el colegio.	SI - NO
10. Cuando sea grande, seré una persona importante en lo que quiera hacer.	SI - NO
11. Caigo mal a mis compañeros/as.	SI - NO
12. Me porto muy bien en el colegio.	SI - NO
13. Cuando algo sale mal, generalmente es por mi culpa.	SI - NO
14. Causo problemas a mi familia.	SI - NO
15. Soy físicamente fuerte.	SI - NO
16. Tengo buenas ideas.	SI - NO
17. Soy alguien importante en mi casa.	SI - NO
18. En general hago las cosas como yo quiero.	SI - NO
19. Soy bueno en actividades manuales.	SI - NO
20. Me doy por vencido fácilmente.	SI - NO
21. Soy bueno en mi trabajo escolar.	SI - NO
22. Hago muchas cosas mal.	SI - NO
23. Puedo dibujar bien.	SI - NO
24. Soy bueno/a en música.	SI - NO
25. Me porto mal en casa.	SI - NO
26. Soy lento/a para terminar mis tareas en la escuela.	SI - NO
27. Soy alguien importante en mi clase.	SI - NO
28. Soy nervioso/a.	SI - NO
29. Tengo lindos ojos.	SI - NO
30. Puedo dar buenas lecciones cuando paso al frente.	SI - NO
31. En el colegio, me la paso “en la luna”.	SI - NO
32. Molesto a mis hermanos/as.	SI - NO
33. A mis amigos/as les gustan mis ideas.	SI - NO

34. A menudo me meto en dificultades. SI - NO
35. Soy obediente en casa. SI - NO
36. Tengo suerte. SI - NO
37. Soy bastante intranquilo/a. SI - NO
38. Mis padres me exigen mucho. SI - NO
39. Me gusta ser como soy. SI - NO
40. Me siento dejado/a de lado. SI - NO
41. Tengo lindo pelo. SI - NO
42. A menudo me ofrezco para hacer trabajos como voluntario en la escuela. SI - NO
43. Me gustaría ser diferente. SI - NO
44. Duermo bien de noche. SI - NO
45. Odio ir a la escuela. SI - NO
46. Soy uno de los últimos para ser elegidos en los juegos. SI - NO
47. Me enfermo muy seguido. SI - NO
48. A menudo molesto a los demás. SI - NO
49. Mis compañeros de clase piensan que tengo buenas ideas. SI - NO
50. Soy poco feliz. SI - NO
51. Tengo muchos amigos. SI - NO
52. Soy alegre. SI - NO
53. Soy algo tonto/a. SI - NO
54. Tengo “pinta”, luzco bien. SI - NO
55. Hago las cosas con muchas ganas. SI - NO
56. Me peleo con frecuencia. SI - NO
57. Me llevo bien con los varones. SI - NO
58. La gente opina mal de mí. SI - NO
59. Mi familia está desilusionada de mí. SI - NO
60. Tengo una cara agradable. SI - NO
61. Cuando trato de hacer algo, todo parece salir mal. SI - NO
62. Estoy incómodo/a en casa. SI - NO
63. Soy muy bueno/a en juegos y deportes. SI - NO
64. Soy torpe. SI - NO
65. Me gusta más mirar que jugar, (en recreos o en el club). SI - NO
66. Me olvido lo que aprendo. SI - NO
67. Todos se llevan bien conmigo. SI - NO
68. Me enojo fácilmente. SI - NO
69. Me llevo bien con las chicas. SI - NO
70. Leo muy bien. SI - NO
71. Trabajo mejor solo que en grupo. SI - NO
72. Siento un gran cariño por mi hermano/a. SI - NO
73. Tengo buen cuerpo. SI - NO
74. A menudo siento miedo. SI - NO
75. Estoy siempre tirando o rompiendo cosas. SI - NO
76. Pueden confiar en mí. SI - NO
77. Me siento inferior a otros chicos/as. SI - NO

78. Tengo malos pensamientos. SI - NO
79. Lloro fácilmente. SI - NO
80. Soy una buena persona. SI - NO

Hoja de evaluación

Comportamiento:	SI: 12 – 21 – 35 – 80 NO: 13 – 14 – 22 – 25 – 34 – 38 – 45 – 48 – 56 – 59 – 62 – 78
Status Intelectual:	SI: 5 – 12 – 16 – 17 – 21 – 27 – 30 – 33 – 42 – 70 NO: 7 – 9 – 26 – 31 – 42 – 49 - 53 – 66
Imagen Corporal:	SI: 8 – 15 – 29 – 33 – 41 – 49 – 54 – 57 – 60 – 63 – 69 – 73 NO: Ninguno.
Ansiedad:	SI: 39 NO: 4 – 6 – 7 – 10 – 20 – 28 – 37 – 40 – 43 – 50 – 74 – 79
Popularidad:	SI: 49 – 51 – 69 – 77 NO: 1 – 3 – 6 – 11 – 40 – 46 – 58 – 65
Bienestar y Satisfacción:	SI: 2 – 36 – 39 – 52 – 60 – 67 – 80 NO: 8 – 43 – 50

Puntaje Total: suma de los seis puntajes parciales.

ESCALAS	PUNTAJE BRUTO	PERCENTIL	PUNTAJE"z"
PUNTAJE TOTAL	.....	.....	.....
COMPORTAMIENTO	.....	.....	.....
STATUS INTELECTUAL	.....	.....	.....
IMAGEN CORPORAL	.....	.....	.....
ANSIEDAD	.....	.....	.....
POPULARIDAD	.....	.....	.....
BIENESTAR Y SATISFACCIÓN	.....	.....	.....

APÉNDICE B

SALIDAS ESTADÍSTICAS COMPUTARIZADAS

Datos obtenidos de la muestra de estudio

Datos obtenidos de la muestra de estudio. Frecuencias para comparar con el baremo de Casullo

		Comportamiento Suma	Estatus Intelectual Suma	Imagen Corporal Suma	Ansiedad Suma	Popularidad Suma	Bienestar y Satisfaccion Suma	Puntaje total autoconcepto
N	Válidos	153	153	153	153	153	153	153
	Perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media		6,2549	9,1830	6,6078	6,1830	4,3268	6,6144	39,1699
Desv. típ.		2,10741	2,15955	2,25434	2,18980	1,39939	1,63885	5,71677
Percentiles	5	3,0000	6,0000	3,0000	3,0000	2,0000	4,0000	29,0000
	10	4,0000	6,0000	4,0000	3,0000	3,0000	4,0000	32,4000
	25	5,0000	8,0000	5,0000	4,0000	3,0000	6,0000	36,0000
	50	6,0000	9,0000	7,0000	6,0000	4,0000	7,0000	39,0000
	75	8,0000	11,0000	8,0000	8,0000	5,0000	8,0000	43,0000
	90	9,0000	11,6000	9,6000	9,0000	6,0000	9,0000	46,0000
	95	10,0000	13,0000	10,0000	10,0000	7,0000	9,0000	48,0000

Comparación de medias del Autoconcepto general

Puntaje total autoconcepto

Puntaje total	Media	N	Desv. típ.
bajo	33,3208	53	3,91631
medio	39,9672	61	1,51621
alto	45,8718	39	3,35747
Total	39,1699	153	5,71677

Autoconcepto general comparado por el sexo

Tabla de contingencia

			SEXO		
			VARON	MUJER	Total
Puntaje total autoconcepto (Categorizada)	1	Recuento	30	23	53
		Frecuencia esperada	26,7	26,3	53,0
		% de Puntaje total autoconcepto (Categorizada)	56,6%	43,4%	100,0%
		% de SEXO	39,0%	30,3%	34,6%
		% del total	19,6%	15,0%	34,6%
	2	Recuento	29	32	61
		Frecuencia esperada	30,7	30,3	61,0
		% de Puntaje total autoconcepto (Categorizada)	47,5%	52,5%	100,0%
		% de SEXO	37,7%	42,1%	39,9%
		% del total	19,0%	20,9%	39,9%
	3	Recuento	18	21	39
		Frecuencia esperada	19,6	19,4	39,0
		% de Puntaje total autoconcepto (Categorizada)	46,2%	53,8%	100,0%
		% de SEXO	23,4%	27,6%	25,5%
		% del total	11,8%	13,7%	25,5%
Total		Recuento	77	76	153
		Frecuencia esperada	77,0	76,0	153,0
		% de Puntaje total autoconcepto (Categorizada)	50,3%	49,7%	100,0%
		% de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	50,3%	49,7%	100,0%

Subescala Imagen Corporal comparada por sexo.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,296[a]	2	,523
Razón de verosimilitud	1,299	2	,522
Asociación lineal por lineal	1,075	1	,300
N de casos válidos	153		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 19,37.

Tabla de contingencia

			SEXO		
			VARON	MUJER	Total
Imagen Corporal Suma (Categorizada)	1	Recuento	30	39	69
		Frecuencia esperada	34,7	34,3	69,0
		% de Imagen Corporal Suma (Categorizada)	43,5%	56,5%	100,0%
		% de SEXO	39,0%	51,3%	45,1%
		% del total	19,6%	25,5%	45,1%
	2	Recuento	24	23	47
		Frecuencia esperada	23,7	23,3	47,0
		% de Imagen Corporal Suma (Categorizada)	51,1%	48,9%	100,0%
		% de SEXO	31,2%	30,3%	30,7%
		% del total	15,7%	15,0%	30,7%
	3	Recuento	23	14	37
		Frecuencia esperada	18,6	18,4	37,0
		% de Imagen Corporal Suma (Categorizada)	62,2%	37,8%	100,0%
		% de SEXO	29,9%	18,4%	24,2%
		% del total	15,0%	9,2%	24,2%
Total		Recuento	77	76	153
		Frecuencia esperada	77,0	76,0	153,0
		% de Imagen Corporal Suma (Categorizada)	50,3%	49,7%	100,0%
		% de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	50,3%	49,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,378[a]	2	,185
Razón de verosimilitud	3,403	2	,182
Asociación lineal por lineal	3,317	1	,069
N de casos válidos	153		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,38.

Subescala Estatus Intelectual según el sexo

Tabla de contingencia

			SEXO		
			VARON	MUJER	Total
Estatus Intelectual Suma (Categorizada)	1	Recuento	32	24	56
		Frecuencia esperada	28,2	27,8	56,0
		% de Estatus Intelectual Suma (Categorizada)	57,1%	42,9%	100,0%
		% de SEXO	41,6%	31,6%	36,6%
		% del total	20,9%	15,7%	36,6%
	2	Recuento	26	29	55
		Frecuencia esperada	27,7	27,3	55,0
		% de Estatus Intelectual Suma (Categorizada)	47,3%	52,7%	100,0%
		% de SEXO	33,8%	38,2%	35,9%
		% del total	17,0%	19,0%	35,9%
	3	Recuento	19	23	42
		Frecuencia esperada	21,1	20,9	42,0
		% de Estatus Intelectual Suma (Categorizada)	45,2%	54,8%	100,0%
		% de SEXO	24,7%	30,3%	27,5%
		% del total	12,4%	15,0%	27,5%
Total		Recuento	77	76	153
		Frecuencia esperada	77,0	76,0	153,0
		% de Estatus Intelectual Suma (Categorizada)	50,3%	49,7%	100,0%
		% de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	50,3%	49,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,681[a]	2	,431
Razón de verosimilitud	1,685	2	,431
Asociación lineal por lineal	1,457	1	,227
N de casos válidos	153		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 20,86.

Subescala Comportamiento comparada por sexo

Tabla de contingencia

			SEXO		
			VARON	MUJER	Total
Comportamiento Suma (Categorizada)	1	Recuento	28	34	62
		Frecuencia esperada	31,2	30,8	62,0
		% de Comportamiento Suma (Categorizada)	45,2%	54,8%	100,0%
		% de SEXO	36,4%	44,7%	40,5%
		% del total	18,3%	22,2%	40,5%
	2	Recuento	26	22	48
		Frecuencia esperada	24,2	23,8	48,0
		% de Comportamiento Suma (Categorizada)	54,2%	45,8%	100,0%
		% de SEXO	33,8%	28,9%	31,4%
		% del total	17,0%	14,4%	31,4%
	3	Recuento	23	20	43
		Frecuencia esperada	21,6	21,4	43,0
		% de Comportamiento Suma (Categorizada)	53,5%	46,5%	100,0%
		% de SEXO	29,9%	26,3%	28,1%
		% del total	15,0%	13,1%	28,1%
Total		Recuento	77	76	153
		Frecuencia esperada	77,0	76,0	153,0
		% de Comportamiento Suma (Categorizada)	50,3%	49,7%	100,0%
		% de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	50,3%	49,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,117[a]	2	,572
Razón de verosimilitud	1,118	2	,572
Asociación lineal por lineal	,806	1	,369
N de casos válidos	153		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,36.

Subescala Ansiedad comparada por sexo

Tabla de contingencia

			SEXO		
			VARON	MUJER	Total
Ansiedad Suma (Categorizada)	1	Recuento	39	23	62
		Frecuencia esperada	31,2	30,8	62,0
		% de Ansiedad Suma (Categorizada)	62,9%	37,1%	100,0%
		% de SEXO	50,6%	30,3%	40,5%
		% del total	25,5%	15,0%	40,5%
	2	Recuento	24	24	48
		Frecuencia esperada	24,2	23,8	48,0
		% de Ansiedad Suma (Categorizada)	50,0%	50,0%	100,0%
		% de SEXO	31,2%	31,6%	31,4%
		% del total	15,7%	15,7%	31,4%
	3	Recuento	14	29	43
		Frecuencia esperada	21,6	21,4	43,0
		% de Ansiedad Suma (Categorizada)	32,6%	67,4%	100,0%
		% de SEXO	18,2%	38,2%	28,1%
		% del total	9,2%	19,0%	28,1%
Total		Recuento	77	76	153
		Frecuencia esperada	77,0	76,0	153,0
		% de Ansiedad Suma (Categorizada)	50,3%	49,7%	100,0%
		% de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	50,3%	49,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,355[a]	2	,009
Razón de verosimilitud	9,514	2	,009
Asociación lineal por lineal	9,228	1	,002
N de casos válidos	153		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,36.

Subescala Popularidad comparada por sexo

Tabla de contingencia

			SEXO		
			VARON	MUJER	Total
Popularidad Suma (Categorizada)	1	Recuento	46	45	91
		Frecuencia esperada	45,8	45,2	91,0
		% de Popularidad Suma (Categorizada)	50,5%	49,5%	100,0%
		% de SEXO	59,7%	59,2%	59,5%
		% del total	30,1%	29,4%	59,5%
	2	Recuento	15	14	29
		Frecuencia esperada	14,6	14,4	29,0
		% de Popularidad Suma (Categorizada)	51,7%	48,3%	100,0%
		% de SEXO	19,5%	18,4%	19,0%
		% del total	9,8%	9,2%	19,0%
	3	Recuento	16	17	33
		Frecuencia esperada	16,6	16,4	33,0
		% de Popularidad Suma (Categorizada)	48,5%	51,5%	100,0%
		% de SEXO	20,8%	22,4%	21,6%
		% del total	10,5%	11,1%	21,6%
Total		Recuento	77	76	153
		Frecuencia esperada	77,0	76,0	153,0
		% de Popularidad Suma (Categorizada)	50,3%	49,7%	100,0%
		% de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	50,3%	49,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,069[a]	2	,966
Razón de verosimilitud	,069	2	,966
Asociación lineal por lineal	,026	1	,873
N de casos válidos	153		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 14,41.

Subescala Bienestar y Satisfacción comparada por sexo

Tabla de contingencia

			SEXO		
			VARON	MUJER	Total
Bienestar y Satisfaccion Suma (Categorizada)	1	Recuento	33	36	69
		Frecuencia esperada	34,7	34,3	69,0
		% de Bienestar y Satisfaccion Suma (Categorizada)	47,8%	52,2%	100,0%
		% de SEXO	42,9%	47,4%	45,1%
		% del total	21,6%	23,5%	45,1%
	2	Recuento	16	17	33
		Frecuencia esperada	16,6	16,4	33,0
		% de Bienestar y Satisfaccion Suma (Categorizada)	48,5%	51,5%	100,0%
		% de SEXO	20,8%	22,4%	21,6%
		% del total	10,5%	11,1%	21,6%
	3	Recuento	28	23	51
		Frecuencia esperada	25,7	25,3	51,0
		% de Bienestar y Satisfaccion Suma (Categorizada)	54,9%	45,1%	100,0%
		% de SEXO	36,4%	30,3%	33,3%
		% del total	18,3%	15,0%	33,3%
Total		Recuento	77	76	153
		Frecuencia esperada	77,0	76,0	153,0
		% de Bienestar y Satisfaccion Suma (Categorizada)	50,3%	49,7%	100,0%
		% de SEXO	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	50,3%	49,7%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,644[a]	2	,725
Razón de verosimilitud	,645	2	,724
Asociación lineal por lineal	,555	1	,456
N de casos válidos	153		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 16,39.

Índice de masa corporal según el sexo

Tabla de contingencia imc recodificada bajo,normal,alto peso * SEXO

Recuento

		SEXO		
		VARON	MUJER	Total
imc recodificada bajo,normal,alto peso	peso bajo	11	15	26
	peso normal	51	51	102
	sobrepeso	15	10	25
Total		77	76	153

Comparación de medias del Índice de masa corporal según el sexo

Prueba T

Estadísticos de grupo

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
INDICE DE MASA CORPORAL	VARON	77	22,4172	3,66038	,41714
	MUJER	76	21,8366	4,13028	,47378

Prueba de muestras independientes

	Prueba de Lev para la igualda varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
								95% Intervalo confianza par diferencia	
	F	Sig.	t	gl	Sig. (bil.)	Diferenc de medias	Error típ. la diferenci	Inferior	Superior
INDICE DE MASA CORPORAL	,413	,521	,920	151	,359	,58059	,63074	-,66564	1,82681
			,920	148,365	,359	,58059	,63124	-,66680	1,82798

Comparación de Medias del Índice de masa corporal por edad

Pruebas post hoc

Comparaciones múltiples

Variable dependiente: INDICE DE MASA CORPORAL

Bonferroni

(I) EDAD	(J) EDAD	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
13	14	-1,36833	1,04734	1,000	-4,4935	1,7569
	15	-,98138	1,03147	1,000	-4,0592	2,0965
	16	-1,95021	1,05605	1,000	-5,1014	1,2010
	17	-2,38562	1,01092	,294	-5,4021	,6309
	18	-5,49025*	1,32533	,001	-9,4449	-1,5356
14	13	1,36833	1,04734	1,000	-1,7569	4,4935
	15	,38695	,97796	1,000	-2,5312	3,3051
	16	-,58188	1,00384	1,000	-3,5773	2,4135
	17	-1,01729	,95625	1,000	-3,8707	1,8361
	18	-4,12192*	1,28412	,024	-7,9536	-,2902
15	13	,98138	1,03147	1,000	-2,0965	4,0592
	14	-,38695	,97796	1,000	-3,3051	2,5312
	16	-,96883	,98728	1,000	-3,9148	1,9771
	17	-1,40424	,93885	1,000	-4,2057	1,3972
	18	-4,50886*	1,27121	,008	-8,3021	-,7157
16	13	1,95021	1,05605	1,000	-1,2010	5,1014
	14	,58188	1,00384	1,000	-2,4135	3,5773
	15	,96883	,98728	1,000	-1,9771	3,9148
	17	-,43541	,96579	1,000	-3,3173	2,4464
	18	-3,54003	1,29123	,103	-7,3930	,3129
17	13	2,38562	1,01092	,294	-,6309	5,4021
	14	1,01729	,95625	1,000	-1,8361	3,8707
	15	1,40424	,93885	1,000	-1,3972	4,2057
	16	,43541	,96579	1,000	-2,4464	3,3173
	18	-3,10462	1,25459	,217	-6,8482	,6390
18	13	5,49025*	1,32533	,001	1,5356	9,4449
	14	4,12192*	1,28412	,024	,2902	7,9536
	15	4,50886*	1,27121	,008	,7157	8,3021
	16	3,54003	1,29123	,103	-,3129	7,3930
	17	3,10462	1,25459	,217	-,6390	6,8482

*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Medias del Índice de masa corporal por edad

INDICE DE MASA CORPORAL

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
13	23	20,3966	2,92498	,60990	19,1318	21,6615
14	28	21,7649	3,50009	,66146	20,4078	23,1221
15	30	21,3780	3,59019	,65548	20,0374	22,7186
16	27	22,3468	4,21694	,81155	20,6787	24,0150
17	33	22,7822	4,14659	,72183	21,3119	24,2526
18	12	25,8869	3,44816	,99540	23,6960	28,0777
Total	153	22,1288	3,89890	,31521	21,5060	22,7515

ANOVA

INDICE DE MASA CORPORAL

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	274,479	5	54,896	3,963	,002
Intra-grupos	2036,135	147	13,851		
Total	2310,614	152			

Asociación entre el Índice de masa corporal y el Autoconcepto general

Tabla de contingencia

			imc recodificada bajo,normal,alto peso			
			peso bajo	peso normal	sobrepeso	Total
Puntaje total autoconcepto (Categorizada)	bajo	Recuento	6	37	10	53
		Frecuencia esperada	9,0	35,3	8,7	53,0
		% de Puntaje total autoconcepto (Categorizada)	11,3%	69,8%	18,9%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	23,1%	36,3%	40,0%	34,6%
		% del total	3,9%	24,2%	6,5%	34,6%
	medio	Recuento	15	41	5	61
		Frecuencia esperada	10,4	40,7	10,0	61,0
		% de Puntaje total autoconcepto (Categorizada)	24,6%	67,2%	8,2%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	57,7%	40,2%	20,0%	39,9%
		% del total	9,8%	26,8%	3,3%	39,9%
	alto	Recuento	5	24	10	39
		Frecuencia esperada	6,6	26,0	6,4	39,0
		% de Puntaje total autoconcepto (Categorizada)	12,8%	61,5%	25,6%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	19,2%	23,5%	40,0%	25,5%
		% del total	3,3%	15,7%	6,5%	25,5%
Total		Recuento	26	102	25	153
		Frecuencia esperada	26,0	102,0	25,0	153,0
		% de Puntaje total autoconcepto (Categorizada)	17,0%	66,7%	16,3%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	17,0%	66,7%	16,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,458[a]	4	,076
Razón de verosimilitud	8,622	4	,071
Asociación lineal por lineal	,027	1	,869
N de casos válidos	153		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,37.

Asociación entre el Índice de masa corporal y la subescala Imagen corporal

Tabla de contingencia

			imc recodificada bajo,normal,alto peso			
			peso bajo	peso normal	sobrepeso	Total
Imagen Corporal Suma (Categorizada)	bajo	Recuento	9	46	14	69
		Frecuencia esperada	11,7	46,0	11,3	69,0
		% de Imagen Corporal Suma (Categorizada)	13,0%	66,7%	20,3%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	34,6%	45,1%	56,0%	45,1%
		% del total	5,9%	30,1%	9,2%	45,1%
	medio	Recuento	9	33	5	47
		Frecuencia esperada	8,0	31,3	7,7	47,0
		% de Imagen Corporal Suma (Categorizada)	19,1%	70,2%	10,6%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	34,6%	32,4%	20,0%	30,7%
		% del total	5,9%	21,6%	3,3%	30,7%
	alto	Recuento	8	23	6	37
		Frecuencia esperada	6,3	24,7	6,0	37,0
		% de Imagen Corporal Suma (Categorizada)	21,6%	62,2%	16,2%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	30,8%	22,5%	24,0%	24,2%
		% del total	5,2%	15,0%	3,9%	24,2%
Total		Recuento	26	102	25	153
		Frecuencia esperada	26,0	102,0	25,0	153,0
		% de Imagen Corporal Suma (Categorizada)	17,0%	66,7%	16,3%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	17,0%	66,7%	16,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,024[a]	4	,554
Razón de verosimilitud	3,124	4	,537
Asociación lineal por lineal	1,560	1	,212
N de casos válidos	153		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,05.

Asociación entre el Índice de masa corporal y la subescala Estatus intelectual

Tabla de contingencia

			imc recodificada bajo,normal,alto peso			
			peso bajo	peso normal	sobrepeso	Total
Estatus Intelectual Suma (Categorizada)	bajo	Recuento	6	40	10	56
		Frecuencia esperada	9,5	37,3	9,2	56,0
		% de Estatus Intelectual Suma (Categorizada)	10,7%	71,4%	17,9%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	23,1%	39,2%	40,0%	36,6%
		% del total	3,9%	26,1%	6,5%	36,6%
	medio	Recuento	13	34	8	55
		Frecuencia esperada	9,3	36,7	9,0	55,0
		% de Estatus Intelectual Suma (Categorizada)	23,6%	61,8%	14,5%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	50,0%	33,3%	32,0%	35,9%
		% del total	8,5%	22,2%	5,2%	35,9%
	alto	Recuento	7	28	7	42
		Frecuencia esperada	7,1	28,0	6,9	42,0
		% de Estatus Intelectual Suma (Categorizada)	16,7%	66,7%	16,7%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	26,9%	27,5%	28,0%	27,5%
		% del total	4,6%	18,3%	4,6%	27,5%
Total		Recuento	26	102	25	153
		Frecuencia esperada	26,0	102,0	25,0	153,0
		% de Estatus Intelectual Suma (Categorizada)	17,0%	66,7%	16,3%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	17,0%	66,7%	16,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,305[a]	4	,508
Razón de verosimilitud	3,349	4	,501
Asociación lineal por lineal	,516	1	,473
N de casos válidos	153		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,86.

Asociación entre el Índice de masa corporal y la subescala Comportamiento

Tabla de contingencia

			imc recodificada bajo,normal,alto peso			
			peso bajo	peso normal	sobrepeso	Total
Comportamiento Suma (Categorizada)	bajo	Recuento	9	40	13	62
		Frecuencia esperada	10,5	41,3	10,1	62,0
		% de Comportamiento Suma (Categorizada)	14,5%	64,5%	21,0%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	34,6%	39,2%	52,0%	40,5%
		% del total	5,9%	26,1%	8,5%	40,5%
	medio	Recuento	12	33	3	48
		Frecuencia esperada	8,2	32,0	7,8	48,0
		% de Comportamiento Suma (Categorizada)	25,0%	68,8%	6,3%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	46,2%	32,4%	12,0%	31,4%
		% del total	7,8%	21,6%	2,0%	31,4%
	alto	Recuento	5	29	9	43
		Frecuencia esperada	7,3	28,7	7,0	43,0
		% de Comportamiento Suma (Categorizada)	11,6%	67,4%	20,9%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	19,2%	28,4%	36,0%	28,1%
		% del total	3,3%	19,0%	5,9%	28,1%
Total		Recuento	26	102	25	153
		Frecuencia esperada	26,0	102,0	25,0	153,0
		% de Comportamiento Suma (Categorizada)	17,0%	66,7%	16,3%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	17,0%	66,7%	16,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,199[a]	4	,126
Razón de verosimilitud	7,887	4	,096
Asociación lineal por lineal	,000	1	,983
N de casos válidos	153		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,03.

Asociación entre el Índice de masa corporal y la subescala Ansiedad

Tabla de contingencia

			imc recodificada bajo,normal,alto peso			
			peso bajo	peso normal	sobrepeso	Total
Ansiedad Suma (Categorizada)	bajo	Recuento	13	39	10	62
		Frecuencia esperada	10,5	41,3	10,1	62,0
		% de Ansiedad Suma (Categorizada)	21,0%	62,9%	16,1%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	50,0%	38,2%	40,0%	40,5%
		% del total	8,5%	25,5%	6,5%	40,5%
	medio	Recuento	8	31	9	48
		Frecuencia esperada	8,2	32,0	7,8	48,0
		% de Ansiedad Suma (Categorizada)	16,7%	64,6%	18,8%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	30,8%	30,4%	36,0%	31,4%
		% del total	5,2%	20,3%	5,9%	31,4%
	alto	Recuento	5	32	6	43
		Frecuencia esperada	7,3	28,7	7,0	43,0
		% de Ansiedad Suma (Categorizada)	11,6%	74,4%	14,0%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	19,2%	31,4%	24,0%	28,1%
		% del total	3,3%	20,9%	3,9%	28,1%
Total		Recuento	26	102	25	153
		Frecuencia esperada	26,0	102,0	25,0	153,0
		% de Ansiedad Suma (Categorizada)	17,0%	66,7%	16,3%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	17,0%	66,7%	16,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,181[a]	4	,703
Razón de verosimilitud	2,221	4	,695
Asociación lineal por lineal	,436	1	,509
N de casos válidos	153		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 7,03.

Asociación entre el Índice de masa corporal y la subescala Popularidad

Tabla de contingencia

			imc recodificada bajo,normal,alto peso			
			peso bajo	peso normal	sobrepeso	Total
Popularidad Suma (Categorizada)	bajo	Recuento	16	60	15	91
		Frecuencia esperada	15,5	60,7	14,9	91,0
		% de Popularidad Suma (Categorizada)	17,6%	65,9%	16,5%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	61,5%	58,8%	60,0%	59,5%
		% del total	10,5%	39,2%	9,8%	59,5%
	medio	Recuento	4	21	4	29
		Frecuencia esperada	4,9	19,3	4,7	29,0
		% de Popularidad Suma (Categorizada)	13,8%	72,4%	13,8%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	15,4%	20,6%	16,0%	19,0%
		% del total	2,6%	13,7%	2,6%	19,0%
	alto	Recuento	6	21	6	33
		Frecuencia esperada	5,6	22,0	5,4	33,0
		% de Popularidad Suma (Categorizada)	18,2%	63,6%	18,2%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	23,1%	20,6%	24,0%	21,6%
		% del total	3,9%	13,7%	3,9%	21,6%
Total		Recuento	26	102	25	153
		Frecuencia esperada	26,0	102,0	25,0	153,0
		% de Popularidad Suma (Categorizada)	17,0%	66,7%	16,3%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	17,0%	66,7%	16,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,602[a]	4	,963
Razón de verosimilitud	,614	4	,961
Asociación lineal por lineal	,011	1	,915
N de casos válidos	153		

a. 2 casillas (22,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,74.

Asociación entre el Índice de masa corporal y la subescala Bienestar y Satisfacción

Tabla de contingencia

			imc recodificada bajo,normal,alto peso			
			peso bajo	peso normal	sobrepeso	Total
Bienestar y Satisfaccion Suma (Categorizada)	bajo	Recuento	10	48	11	69
		Frecuencia esperada	11,7	46,0	11,3	69,0
		% de Bienestar y Satisfaccion Suma (Categorizada)	14,5%	69,6%	15,9%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	38,5%	47,1%	44,0%	45,1%
		% del total	6,5%	31,4%	7,2%	45,1%
	medio	Recuento	7	21	5	33
		Frecuencia esperada	5,6	22,0	5,4	33,0
		% de Bienestar y Satisfaccion Suma (Categorizada)	21,2%	63,6%	15,2%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	26,9%	20,6%	20,0%	21,6%
		% del total	4,6%	13,7%	3,3%	21,6%
	alto	Recuento	9	33	9	51
		Frecuencia esperada	8,7	34,0	8,3	51,0
		% de Bienestar y Satisfaccion Suma (Categorizada)	17,6%	64,7%	17,6%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	34,6%	32,4%	36,0%	33,3%
		% del total	5,9%	21,6%	5,9%	33,3%
Total		Recuento	26	102	25	153
		Frecuencia esperada	26,0	102,0	25,0	153,0
		% de Bienestar y Satisfaccion Suma (Categorizada)	17,0%	66,7%	16,3%	100,0%
		% de imc recodificada bajo,normal,alto peso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	17,0%	66,7%	16,3%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,863[a]	4	,930
Razón de verosimilitud	,850	4	,932
Asociación lineal por lineal	,032	1	,859
N de casos válidos	153		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,39.

LISTA DE REFERENCIAS

Aguilar-Ye, A. y Puig-Sosa, P. (2002). La autoestima y su relación con el índice de masa corporal al culminar la adolescencia. *Rev Mex Pediatr, 69*: (5) 2002; Septiembre-Octubre; 190-193. Obtenido el 26 de julio de 2009 de http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2002/sp025c.pdf

Amezcua Membrilla, J. y Pichardo Martínez, M. (2000). Diferencias de género en Autoconcepto en sujetos adolescentes. *Anales de psicología, 16* (2), 207-214. Obtenido el 24 de junio de 2009 de http://revistas.um.es/analesps/article/view/29421

Ausubel, D.P. (1952). *Ego development and Personality Disorders*. New York, NY: Grune and Stratton.

Bautista, S. (2003). Obesidad. Obtenido el 9 de marzo de 2009 de http://www.cop.es/ colegiados/M-13902/Trast_adolescentes.htm#Obesidad_adol .

Berbesi, H. (1999). *Educación física y Calidad de Vida*. Buenos Aires: Universidad Pedagógica Nacional.

Braguinsky, J. y col. (1999). *Obesidad*. Buenos Aires. El ateneo.

Branden, N. (1995). *Cómo mejorar su autoestima*. Paidós. Buenos Aires (p.16)

Carmena Rodríguez, R. y Martínez Valls, J.F. (2002). Obesidad. Definición, diagnóstico, etiopatogenia, clasificación. *Medicine, 08:4636-41*. Obtenido el 19 de marzo de 2009 de http://apuntesmedicos.net/2008/06/24/obesidad-definicion-diagnostico-etiopatogenia -clasificacion/

Casillas-Estrella, M., Montaño-Castrejón, N., Reyes-Velázquez, V., Bacardí-Gascón, M., Jiménez-Cruz, A. (2006). A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. *Rev Biomed; 17: 4,* 243-249. Octubre-Diciembre, 2006

Casullo, M. (1990). *El autoconcepto y técnicas de evaluación*. Ed. Psicoteca. Buenos Aires, Argentina.

Casullo, M. (1996). *Evaluación psicológica en el campo de la salud*. Barcelona: Paidós.

Cataneo, C., Carvalho, A.M.P. y Galindo, E.M.C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicol. Reflex. Crit., vol.18, n.1,* 39-46. ISSN 0102-7972.

Cicalese, G. (2000). *Teoría de la comunicación: herramientas para descifrar la comunicación humana.* Ed. Stella. Buenos Aires-Argentina.

Coleman, J. C., Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Ediciones Morata, S. L. (2003), ISBN: 84-7112-490-4 Madrid. Cuarta edición actualizada. Descargado el 4 de

agosto de 2009 de http://books.google.es/books?id=94Od 90K AzNYC & printsec = copyright&source=gbs_pub_info_s&cad=2#v=onepage&q=&f=false

Cruz Sáez, S. y Maganto Mateo, C. (2002). Índice de masa corporal, preocupación por la delgadez y satisfacción corporal en adolescentes. *Rev.de Psicol.Gral. y Apli. 55 (3).* 455-473.

Danzon, M. (2006). Conferencia Ministerial Europea de la Organización Mundial de la Salud contra la Obesidad. *Influencia de la dieta y la actividad física en la salud.* Estambul (Turquía), 15–17 de noviembre de 2006.

Dennis-Hassol. (1985). *Psicología Evolutiva.* Mac Graw-Hill, México: Interamericana.

Diario Río Negro (2000). La educación es importante, pero la apariencia más. *Diario Río Negro,* Miércoles 3 de mayo 2000, p.8.

Dias Ballari, M. (2001). La obesidad infantil. *Vida Feliz, Abril 2001* – ACES p.31.

Diaz-Rubio, M. y Espinos, D. (1994). *Tratado de medicina interna.* T 2 Madrid: Panamericana

Dietz, W.H. y Robinson, T.N. (1998). El uso de Índice de masa corporal (IMC) como medida de sobrepeso en niños y adolescentes. *Rev Méd Chile, 132*: 1363-1368

Eco, U. (1993). *El nombre de la rosa*. Ed. RBA.Barcelona-España.

Emslie, C. (2001). Epidemiol Community Health Journal of 2001;55:406-407; doi:10.1136/jech.55.6.406 Copyright © 2001 by the BMJ Publishing Group Ltd. J 2001;55:406-407 (June)

Escarti, A. (2006). *Responsabilidad personal y social a través de la educación física y el deporte.* Ed. Grao, 8478274146, 9788478274147. Barcelona-España.

Farriol M. (2001). Etiopatogenia de la obesidad: actualidad y futuro. *Nutr. Hosp. 16 (4)* 113-114. ISSN 0212-1611 • CODEN NUHOEQ S.V.R. 318

Fierro A., Cardenal, V. (1996). Dimensiones de personalidad y satisfacción personal. *Revista de Psicología General y Aplicada. (49),1,* 65-81. Descargado el 30 de julio de 2009 de http://www.eudemon.net/dimensiones%20de%20personalidad %20y%20satisfacci%F3n.pdf

Franklin, J., Denyer, G., Steinbeck, K., Caterson, I., Hill, A. (2006). Obesidad y riesgo de baja autoestima: Una Encuesta Estatal de Niños de Australia. *Pediatrics, 118 No. 6,* 2481-2487 (doi:10.1542/peds.2006-0511) 1098-4275. Descargado el 19 de marzo de 2009 de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17142534?log$=Activity

Friedberg, R. y Mc. Clure, J. (2005). *Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*. Paidós. Barcelona. (p.16)

Gimeno Sacristán, J. (1976). *Autoconcepto, sociabilidad y rendimiento escolar.* Madrid. p.31. ISBN: 84-364-0050-2

Gispert, C. (1987). *Consultor de Psicología infantil y juvenil*. (Tomo III) Barcelona, España: Ed. Océano

Gómez-Peresmitré, G y Acosta García, V. (2002). Valoración de la delgadez. Un estudio transcultural. *Psicothema, 14, 2*. 221-226. España.

Goñi Grandmontagne A., Rodríguez Fernández A., Ruiz de Azúa García S., (2004). Bienestar psicológico y autoconcepto físico en la adolescencia y juventud. *Piquis, 25 (4):*141-151.

Henestrosa, G. (2000). El mundo engorda. *Nueva, octubre,* p.16.

Jones, C. (1996). La sexualidad en la adolescencia. *Vida Feliz, noviembre, año 1997, nº 11,* p. 7.

Jones, M. C., Mussen, P. H. (1958). Self-Conceptions, motivations, and Inter.-personal attitudes of early- and late-maturing girls. *Child Development, vol. 29, nº 4.* 491-450. diciembre. Descargado el 19 de marzo de 1998 de http://www. jstor. org/ stable/1126364

Leora Pinhas, B. B., Toner, A. A., Garfinkel, P. E., Stuckless, N. (1999). The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders, 25 Nº: 2.* 223-226. Copyright © 1999 John Wiley & Sons, Inc

Martínez-Otero V. (2003). Autoconcepto docentes: análisis de una muestra de profesores y orientadores mexicanos. *Revista Educación y Futuro,* 20 de junio de 2003 ISSN: 1695-4297.

Medellín, G., Tascón, E.C. (1995). *Ser humano.* Colombia. Ed. Guadalupe Ltda.. T.2.

Melgosa, J. (1997). *Para adolescentes y padres. Nuevo estilo de vida*. Edit. Safeliz. Madrid-España. pp.15-19.

Mestre Escrivá, V., Samper García P., Pérez Delgado E. (2001) Clima familiar y desarrollo del autoconcepto. Un estudio longitudinal en población adolescente. *Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 33, nº 3,* 243-259. ISSN: 0120-0534. Colombia. Descargado el 5 de agosto de 2009 de http://redalyc.uaemex. mx/redalyc/pdf/805/80533301.pdf

Montt M.E., Ulloa Chávez, F. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud Mental. vol. 19 (3)*: 30-35, Septiembre, 1996. Descargado el 5 de agosto de 2009 de http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/1996/sm1903/sm190330nvn.pdf

Ortega, L. (1996). Cuando el peso es un problema. *Vida Feliz año 97, Nº 1* ACES. Buenos Aires. p.3.

Parodi, M.L., Lopez M.E., Capurro, M.T. (1999). Prevalencia de obesidad en escolares de enseñanza básica. *Rev. chil. pediatr. v.70 n.3.* ISSN 0370-4106. Descargado el 19 de marzo de 2009 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-410619 990003 00006 &script=sci_arttext&tlng=en

Pereyra, M. (1996). *Corrientes Psicológicas Contemporáneas: hacia una perspectiva adventista de la psicología*. Ed. Universidad Adventista del Plata. Entre Ríos-Argentina.

Pereyra, M. (1999). *En busca de la alegría de vivir*. Ed. Bienestar Psicológico. Entre Ríos-Argentina.

Perez, M. V. y Urquijo, S. (2001) Depresión en adolescentes. Relaciones con el desempeño acadêmico. *Psicol. esc. educ.*, *vol.5, no.1,* p.49-58. Campinas, Brasil, Jun. 2001. ISSN 1413-8557. Descargado el 3 de agosto d 2009 de http://scielo.bvs-psi.org.br /scielo. php?pid=S1413-85572001000100006&script=sci_arttext&tlng=es

Pichardo, M.C. (2000). *Influencia de los estilos educativos de los padres y del clima social familiar en la adolescencia temprana y media.* Granada: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada.

Puder, J.J. & Kriemler, S. (2008). Can we stop the epidemic of childhood obesity? *Schweiz Rundsch Med Prax., 97(1)*:17-23. Descargado el 19 de marzo de 2009 de http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18260592?ordinalpos=11&itool=EntrezSystem2.PEnt rez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

Renman, C., Engström, I., Silfverdal, S.A. & Åman, J. (2001). Mental health and psychosocial characteristics in adolescent obesity: a population-based case-control study. *Acta Paediatrica*, *88, (9),* 998–1003 D**OI**: 10.1080/08035259950168513.

Ríos Martínez, B. P., (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta médica grupo ángeles. 6, No. 4*, octubre-diciembre 2008 p.148.

Rodriguez O, Lorena y Pizarro Q, Tito. (2006). Situación nutricional del escolar y adolescente en Chile. *Rev. chil. pediatr. 77, n.1*, 70-80. Descargado el 19 de marzo de 2009 de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-4106200600 0100012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0370-4106.

Rubio, M., Salas-Salvadó, J. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp*

Obes., 5 (3): 135-175. Descargado el 26 de junio de 2009 de http://www.seedo.es /portals/seedo/RevistaObesidad/2007-n3-Consenso.pdf

Sánchez-Castillo, Claudia P. (2004). Epidemiología de la obesidad. *Gaceta Médica de México, 140, No. 2.*

Santos Muñoz, S. (2005). La Educación Física escolar ante el problema de la obesidad y el sobrepeso. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte, 5 (19)*, 179-199. Descargado el 20 de mayo de 2009 de http://cdeporte.rediris.es/revista/revista19/artobesidadl0.htm

Seidell, J.C. (1999). Obesity: a growing problem. *Acta Pediatrica, 88 (428), 46-50.* Descargado el 13 de abril de 2009 de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ 1010 2051?ordinalpos=14&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum

Seijas Buschiazzo, Daniel (1997). Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. *Boletín Escuela de Medicina*. *26,* 38-41. Descargado el 24 de abril de 2008 de http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/obesidad/obesidad10.html. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Silvestri, Eliana y Stavile, Alberto (2005). Aspectos psicológios de la obesidad. Córdoba Capital – Abril. Descargado el 24 de abril de 2008 de http://www.nutrinfo.com/ pagina/info/ob05-02.pdf

Siverio Eusebio, M. A. y García Hernández, M. D. (2007). Autopercepción de adaptación y tristeza en la adolescencia: La influencia del género. *Anales de psicología 2007, vol. 23, nº 1* (junio), 41-48. ISSN edición impresa: 0212-9728. ISSN edición web (www.um.es/analesps): 1695-2294. Descargado el 5 de agosto de 2009 de http://revistas.um.es/analesps/article/viewFile/23211/22491

Tabak, I., Mazur, J., Oblacińska, A. & Jodkowska, M. (2007). *Med Wieku Rozwoj,11(3),* 281-90. Polish. PMID: 18263937Descargado el 30 de noviembre de 2008 de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez

Tapia, M. L., Florentino, M. T., Correché M. S. (2003). Soledad y tendencia al aislamiento en estudiantes adolescentes. Su relación con el autoconcepto. *Fundamentos en humanidades Universidad Nacional de San Luis, añoIV, nº VII (7/8)* 163-172. Descargado el 5 de agosto de 2009 de http://dialnet. unirioja.es /servlet/ dcfichero_articulo?codigo=1273109&orden=69147

Tarazona, D. (2005). Autoestima. Satisfacción con la vida y condiciones de habitabilidad en adolescentes estudiantes de quinto año de medio. Un estudio factorial según pobreza y sexo. *Revista de investigación en psicología, vol. 8, nº 2.* 57-65. ISSN: 1560 - 909X. Descargado el 4 de agosto de 2009 de http://sisbib. unmsm.edu.pe/ BVRevistas/ Investigacion_Psicologia/v08_n2/PDF/a05.pdf

Toro, R. y Yepes, L. (1994). *Fundamentos de Medicina: Psiquiatría*. 2°Edición. Ed. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín-Colombia. pp.36-41.

Treuth, M., Butte, N. F., Ellis, K. J., Martin, L. J., & Comuzzie, A. G. (2001). Familial resemblance of body composition in prepubertal girls and their biological parents. *American Journal of Clinical Nutrition, 74, No. 4,* 529-533. Descargado el 20 de octubre de 2008 de http://www.ajcn.org/cgi/ content/abstract/74/4/529

Turconi, G., Guarcello, M., Maccarini, L., Bazzano, R., Zaccardo, A., Roggi, C. (2006). BMI values and other anthropometric and functional measurements as predictors of obesity in a selected group of adolescents. *Eur J Nutr., 45(3)*: 136-43. Descargado el 26 de Junio de 2008 de http://www.ncbi. nlm.nih. gov/pubmed/ 16010452? Ordinalpos =1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstractPlusDrugs1

Vajda, I., Mészáros, J., Mészáros, Z., Prókai, A., Sziva, A., Photiou, A., Zsidegh, P., (2007) Effects of 3 hours a week of physical activity on body fat and cardio-respiratory parameters in obese boys. *Acta Physiol Hung. ; 94(3)* : 191-8. Descargado el 20 de febrero de 2008 de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/ 17853771? Ordinalpos =87&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum